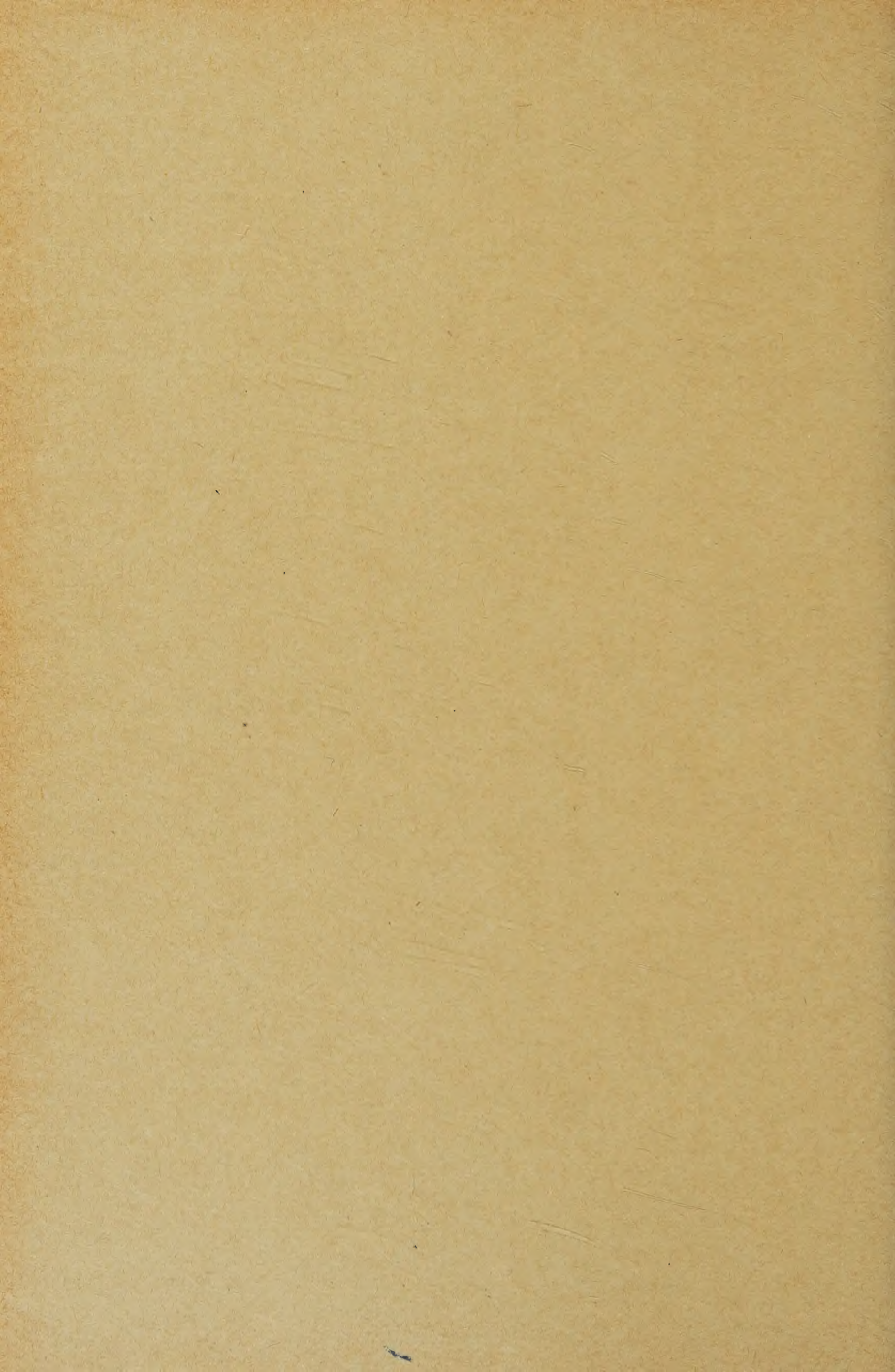


Katamnesen bei Fokalsanierten

von

LUDWIG HENRICH

1952
9



Aus der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses
Hetzelstift
Neustadt/Weinstraße
Direktor: Prof. Dr. med. G. W. Parade.

Katamnesen bei Pokalsanierten

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Würde eines Doktors der Medizin
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Johannes Gutenberg-Universität
in
M a i n z
vorgelegt von
Ludwig H e n r i c h .

1957



Referent: Professor Dr. K. Voit

Dekan: Professor Dr. U. Köttgen

Datum des Diploms 16. Okt. 1957

<u>Inhaltsangabe</u>	Seite
A. Zielsetzung der Arbeit	5
B. Katamnestische Erhebungen nach Fokalsanierung bei verschiedenartigen Krankheiten	
I. Herz- und Kreislauferkrankungen - 24 Fälle	10
II. Nierenerkrankungen - 10 Fälle	28
III. Gelenkrheumatismus - 23 Fälle	36
IV. Gelenkleiden degenerativ - 4 Fälle	51
V. Ischias, Lumbago, Rheuma - 18 Fälle	55
VI. Cephalgie, Neuralgie, Migräne - 5 Fälle	69
VII. Verschiedene Erkrankungen - 16 Fälle	74
C. Betrachtung der Ergebnisse mit Schlußfolgerung	87
D. Zusammenfassung	93
Literaturverzeichnis	94



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A. Zielsetzung der Arbeit.

Nach der, wohl allgemein anerkannten Definition der Fokalin-
fektion, wie sie G u t z e i t und P a r a d e auf-
gestellt haben, handelt es sich "um ein Krankheits- oder Störungs-
bild, das seine Entstehung dem Vorhandensein eines keimbeherber-
genden, lokalisierten und abgegrenzten chronischen Entzündungs-
herdes verdankt, der selbst dauernd oder periodisch im Hinter-
grund bleibt, während fern vom Herd, ohne unmittelbare Ver-
bindung mit ihm im Organismus Reaktionen ablaufen, die durch
funktionelle Störungen oder durch organisch faßbare Gewebsver-
änderungen charakterisiert sind". Wenn auch über das Wesen die-
ser Reaktionen noch sehr viele Meinungsverschiedenheiten besteh-
en, so wird doch kaum jemand bezweifeln, daß die Herderkrankung
eine Realität ist, die man in das diagnostische und therapeuti-
sche Denken einbeziehen muß. Die Problemstellung als solche hat
schon viele Wandlungen erfahren und die Auffassungen haben sich
sehr geändert seit den bahnbrechenden Veröffentlichungen

P ä s s l e r s und H u n t e r s . Man kann wohl sagen, daß
das Gebäude der Fokallehre mit ihren bakteriell-toxischen, dann
allergischen und später neural und hormonal-vegetativen Theorien
ein Abbild der jeweiligen Situation der Pathologie darstellt. Um
die Vielzahl dieser Theorien und die Mannigfaltigkeit der Frage-
stellungen anzudeuten, seien hier nur einige Autoren genannt wie
v. A l b e r t i n i , G r u m b a c h , R ö s s l e ,
S c h o t t m ü l l e r , V e i l , S l a u k , S i e g -
m u n d , N o n n e n b r u c h , G i n s , V o i t ,
B o e h m i g , S c h e i d t , S i n g e r , G u t z e i t ,
P a r a d e , S e l y e , T o n u t t i , H u n e k e und
viele andere, deren Namen wie Richtungszeiger im Widerstreit der
Meinungen aufleuchten.

Es würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, die derzeitige
Situation der Herdforschung darzulegen. Nur das eine sei hervor-
gehoben, daß die Stellung des Focus im Gesamtbild der Herder -
krankungen eine andere geworden ist. Während früher der Herd
allein für alles verantwortlich gemacht wurde, was unter den Be-
griff Herdinfektion fiel, weiß man heute, daß er e i n e B e -
dingung unter vielen ist, die das Krankheitsbild Herderkrankung
hervorrufen; sicher ist jedoch, daß es ohne Herd keine Fokalin-
fektion gibt. Beim Versuch, eine fruchtbare Therapie zu treiben,

war und ist es wohl das Nächstliegende, den Fokus zu finden und ihn zu entfernen. Diesen Weg haben viele beschritten, unzählige Foci wurden an den verschiedensten Körperstellen gesucht, entdeckt und auch beseitigt. Meistens handelte es sich dabei um Herde an den Tonsillen und Zähnen, die als Ursache einer Reihe von Krankheiten angesehen wurden. Gegenüber den Kopfherden treten Herde mit anderweitiger Lokalisation weit in den Hintergrund. Unter den Begriff Fokalinfection wurde schließlich eine große Zahl von Krankheitsbildern und -zuständen einge-reiht, bei denen man versuchte, durch Sanierungsmaßnahmen eine Heilung zu erzielen.

Was den Erfolg dieser Bemühungen betrifft, so sind die Ergebnisse der einzelnen Autoren verschieden. Während die einen sehr hohe Erfolgsziffern verzeichnen, können andere nur über wenige Fälle berichten, die nach der Sanierung geheilt wurden. So gibt C i t r o n 90% Erfolge bei der Sanierung an. A n t o n i u s und C z e p a sahen nur in 40% ihrer Fälle Heilung, während H e g l e r von 20-80% und P a y r nur von 30% erfolgreichen Herdsanierungen berichtet. H e i n e m a n n meldet einen Heilerfolg von 65% und L. F i s c h e r gar einen solchen von 93%. R o s e n o w fand in 54-61% Besserung bei Entfernung aller Herde. M o r a w i t z und S c h ö n sahen dagegen nur 25% Erfolge. J a e n i s c h hatte bei Sanierung dentaler Herde 77,5% Heilerfolge, während B j ö r n - H a n s e n bei einer Beobachtungszeit von 3 Jahren 84,6% Heilungen nach dentaler Sanierung verzeichnet. G a r d n e r gibt bei unspezifischer Arthritis durch Zahnsanierung 50% Erfolg an. N a g e r sah bei der akuten Polyarthrits 60% Heilerfolge durch die Tonsillektomie, während chronisch deformierende Prozesse unbeeinflusst blieben. W o l l e n gibt einen Erfolg der Herdsanierung von 50% an. M e m m e s h e i m e r hatte ein Jahr nach Abschluß der Behandlung 87% Heilungen und 13% Misserfolge. G r a h e gibt ein durchschnittliches Erfolgsergebnis nach der Tonsillektomie von etwa 75% an, während B e s d z i e c k nur von 29,7% Erfolg berichten kann. M o r g e n r o t h hatte nach Zahnsanierung 40% Heilungen. K a p u s t e findet eine Erfolgsquote von 64% bei 200 nachgeprüften Fällen. U f f e n - r o d e berichtet von 69,5% Erfolgen, G ö r g é n y i von 84,7%, K o t y z a von 94%, Z a b e l von 82% und M o r - g e n s t e r n von 72,5%. Einen Heilerfolg von 87% erzielte auch H e r r m a n n durch Zahnsanierung. H a m - m e r hatte dagegen nach Zahnextraktionen nur 48% und

W a n n e n m a c h e r nur 32,8% Erfolge. V o g e l schreibt, daß die, in der Literatur angegebene Zahl der Heilerfolge nach Tonsillektomie bei Polyarthritiden von durchschnittlich 60-70%, sich mit seinen Erfahrungen ungefähr deckt. V o s s hinwiederum berichtet von 58% Erfolg der Fokalsanierung. Bei 700 Fällen dentogener Herdinfection war nach M ü l l e r in 35% der Fälle ein Mißerfolg zu buchen. K l e e s und P r o e l l hatten bei 64 Rheumatikern mit der Sanierung 42% Mißerfolge. K l u n k e r gibt 75% Erfolge an nach Sanierung der Nebenhöhlen. Nach W. S c h m i d t wurden von 164 tonsillektomierten Polyarthritikern, von denen 108 antworteten, 47 geheilt = 43,5% und 35 gebessert = 32,4%. R e u t e r sah 40% Erfolge nach Sanierung der Tonsillen, während es bei R e i n w e i n und bei K i s s l i n g nur 10-20% Heilungen waren. Auch S t o l l k i n d kann nur von einem 10%igen Sanierungserfolg berichten. Z a n g e schreibt von 30,3% Heilungen, S l a u k berichtet neuerdings von 20% Erfolgen. K r e u s e r fand bei nicht sanierten Polyarthritikern einen Heilungserfolg von 50,9% und nach Entfernung des Fokus einen solchen von 49,9%. Nach W u h r - m a n n und F r e c h halten sich die Erfolge und Mißerfolge bei Sanierten und Nichtsanierten absolut die Waage. Nach v. C o n t a hatten 27% Operierte und 24% Nichtoperierte bei Endocarditis Rezidive. C e c i l schreibt, daß in keinem Beispiel durch Herdentfernung der Verlauf der Krankheit (Arthritis) geändert, oder der Patient geheilt werden konnte. T h e i s s i n g berichtet, daß von 52 Tonsillektomierten, bei denen eine Herdsuche durchgeführt worden war, 50 geheilt wurden. L u d w i g schreibt, daß von 28 Patienten nach vorhergegangener Testung sich 23 mit Erfolg und 5 ohne Erfolg einer Sanierung unterzogen. E c k e r t - M ö b i u s hatte nach Tonsillektomie einen Heilerfolg in durchschnittlich 50% der Fälle.

Die so unterschiedlichen Ergebnisse der Fokalsanierung gaben Veranlassung, bei unserem, doch sehr mannigfaltigen Krankengut, ebenfalls Erfolge und Mißerfolge von Sanierungsmaßnahmen zahlenmäßig zusammenzustellen. So wurden unsere Patienten der letzten zwei Jahre, die bei der sorgfältigen Erhebung der Vorgeschichte irgend einen Sanierungseingriff angaben, genauestens danach gefragt, ob damals etwas über den Grund des Eingriffes vom behandelnden Arzt erwähnt worden war. Fast alle gaben dabei an, von ihrem Arzt darüber unterrichtet worden zu sein, daß ihre dama-

lige Krankheit von einem Herd ausgehe, der da oder dort im Körper sitze, und daß dieser Herd beseitigt werden müsse, wenn sie gesund werden wollten. Alle Patienten, die keine näheren Angaben machen konnten, wurden nicht berücksichtigt. Ebenso wurden die Patienten, die lediglich wegen rezidivierender Anginen tonsillektomiert worden waren, ohne vor dem Eingriff eine andere Krankheit durchgemacht zu haben, nicht in die Zusammenstellung aufgenommen.

Von 100 so ausgewählten Patienten kamen 49 wegen der gleichen Beschwerden oder Krankheit, die zur Fokalsanierung Anlaß gegeben hatte und 51 wegen anderer Erkrankungen zur Untersuchung oder Behandlung.

Bei den entfernten Herden handelte es sich mit Ausnahme von zwei Fällen, in denen die Appendix als krankmachender Faktor angesehen wurde, um Kopfherde. So war bei den 100 Patienten 50 mal die Tonsillektomie die einzige durchgeführte Sanierungsmaßnahme.

36 Patienten hatten eine einmalige und 3 Patienten eine mehrmalige Gebißsanierung hinter sich. Fokalsanierung durch gleichzeitige Tonsillektomie und Zahnextraktionen fand sich in 5 Fällen, Appendektomie mit anschließender Gebißsanierung in einem Falle. Bei 4 Patienten war tonsillektomiert und, in mindestens einjährigem Abstand davon, auch die Zahnsanierung veranlaßt worden. Der Tonsillektomie, Appendektomie und mehrfacher Gebißsanierung, in ebenfalls längeren Zeitabständen, hatte sich ein Kranker unterzogen. Insgesamt waren bei diesen 100 Personen 109 voneinander unabhängige Sanierungsmaßnahmen durchgeführt worden. Interessant ist, daß bei den mehrmals Sanierten die zweite Herdentfernung meist von einem anderen, als dem vorher behandelnden Arzt angeraten worden war.

Bei der Beurteilung der einzelnen Sanierungsergebnisse wurde entweder Heilung, also Verschwinden und Nichtwiederauftreten der gleichen Beschwerden, oder Nichtheilung, also Weiterbestehen der Beschwerden beziehungsweise Wiederauftreten derselben, wenn auch in etwas abgeschwächter Form anerkannt. Auf die Aufstellung einer Gruppe der Gebesserten oder weitgehend Gebesserten, wie das von vielen Untersuchern geübt wird, wurde deswegen verzichtet, weil es ja bei jeder langwierigen oder chronisch verlaufenden Erkrankung bekanntlich Spontanremissionen von kürzerer oder längerer Dauer gibt, die auch ohne oder manchmal trotz therapeutischer Maßnahmen eintreten, aber auch bei längerer, ja sogar Jahre dauernder Besserung keine Heilung der ursprünglichen Krankheit bedeuten.

Aus diesem Grunde wurde bei der vorliegenden Arbeit besonderer Wert darauf gelegt, einen möglichst langen Zeitabschnitt nach der Herdsanierung zu überschauen und alle katamnestischen Daten festzuhalten, die ja erst eine gerechte Beurteilung ermöglichen. Es zeigte sich, daß dieses Vorgehen für die Bewertung des Sanierungseffektes von sehr großer Bedeutung war, ganz besonders bei den in Schüben verlaufenden Krankheitsbildern. Gerade bei diesen bringt erst die Rückschau über einen längeren Zeitraum die Gewißheit, ob der Sanierungseingriff, der nach einem akuten Stadium in der abklingenden Phase durchgeführt wurde, nunmehr eine endgültige Heilung gebracht hat, oder die Krankheit ihren schicksalhaften Verlauf weiternimmt. Es ergaben sich außerdem bei der kritischen Betrachtung eines längeren Abschnittes der Lebens- und Krankheitsgeschichte der Fokalsanierten in einigen Fällen genügend Anhaltspunkte, aus denen jetzt geschlossen werden konnte, daß es sich damals nicht um eine von einem Herd ausgelöste Erkrankung, sondern um ein unabhängiges Krankheitsgeschehen gehandelt haben muß. Bei den nun folgenden Fällen beträgt der Mindestabstand der letzten Befragung von der Sanierung wenigstens ein Jahr, mit Ausnahme von 2 Patienten, die an ihrer Erkrankung vorher ad finem kamen. Den längsten Zeitraum bietet ein Patient mit 30 Jahren. Einen Abstand bis zu zwei Jahren seit der Durchführung der einzelnen Sanierungsmaßnahmen finden wir 55 mal. Im Zeitraum von drei bis zehn Jahren sind es 36, von elf bis zwanzig Jahren 12 und von einundzwanzig bis dreißig Jahren 6 Herdausräumungen.

Als fokalbedingt wurden bei unseren Patienten die verschiedensten Krankheitsbilder angesehen. So fand sich in 24 Fällen eine Herz- oder Kreislauferkrankung und in 10 Fällen eine Nierenerkrankung. 23 Patienten wurden wegen Gelenkrheumatismus und 4 wegen sonstiger Gelenkerkrankungen saniert. Ischialgien, Lumbago oder Muskelrheuma gaben 18 Patienten als den Anlaß zur Herdentfernung an. 5 Patienten litten unter Kopf- und Nackenschmerzen. Bei den restlichen 16 Patienten fanden sich Erkrankungen der Atemwege, des Verdauungstraktus, endokrine Störungen, Anfallsgeschehen und allgemeine körperliche Leistungsschwäche.

Im nachfolgenden sind nun Auszüge aus den Krankengeschichten, besonders die Anamnesen der einzelnen Patienten wiedergegeben. Der besseren Übersicht halber wurden sie nach den Leiden, die nach Angabe der Befragten zur Sanierung Anlaß gaben, in Gruppen zusammengefaßt. Die Besprechung der Ergebnisse erfolgt jeweils anschließend.

B. Katamnestiche Erhebungen nach Fokalsanierung bei verschiedenartigen Krankheiten.

I. Herz- und Kreislauferkrankungen. (24 Fälle)

1. M. R., geb. 30. 6. 1927.

Einstellungsuntersuchung: 23.5.1952.

Als Kleinkind Keuchhusten und Masern. 1942 Ikterus und Appendektomie. Im Sommer 1951 Diphtherie, daran anschließend Herzbeschwerden, Beklemmungsgefühle, Atemnot, Herzstechen. Da eine chronische Tonsillitis als Fokus angesehen wurde, erfolgte im Oktober 1951 die Tonsillektomie. Danach langsame Besserung der Herzbeschwerden.

Jetzt: Nur bei besonderen Anstrengungen noch etwas Herzklopfen und Atemnot. (8 Monate seit der Sanierung).

Diagnose: Klinisch und elektrokardiographisch kein pathologischer Befund.

Rückfrage: 20.8.1953. Keine Herzbeschwerden mehr, kein Herzklopfen und keine Atemnot bei Anstrengungen.

Epikrise: Die Herzbeschwerden der Patientin, die im Anschluß an eine Diphtherie auftraten, waren 8 Monate nach der Sanierung verschwunden. Zur gleichen Zeit konnte bei der Eignungsuntersuchung für den Beruf als Krankenschwester kein krankhafter Befund mehr erhoben werden. 2 Jahre nach der Tonsillektomie besteht völlige Beschwerdefreiheit. Obwohl Diphtherie-Herzschäden oft von selbst ausheilen, soll hier ein Erfolg der Fokalsanierung gebucht werden.

2. H. B., geb. 8. 2. 1931.

Aufnahme: 13.8.1952.

Einweisungsdiagnose: Commotio cerebri.

Als Kind Masern und Scharlach. Mit 8 und 12 Jahren Mandelkappung wegen häufiger Anginen. 1941 Diphtherie, danach Herzbeschwerden, die nach einiger Zeit verschwanden. In den folgenden Jahren häufig Anginen und im Anschluß daran immer Herzklopfen, Stechen und Engegefühle in der Herzgegend, die sich von Mal zu Mal verschlimmerten. Deswegen im Jahre 1949 Tonsillektomie, nach der langsame Besserung der Herzbeschwerden eintrat. Seit 2 Jahren von Seiten des Herzens völlig beschwerdefrei. Vor einem Jahr nervöses Gallenleiden.

Jetzt: Sturz vom Fahrrad. Er sei längere Zeit bewußtlos gewesen; jetzt noch Benommenheit und Kopfschmerzen. Keine Herzbeschwerden.

Diagnose: Commotio cerebri. Herz o.B.

Epikrise: Die Herzbeschwerden des Patienten (Herzklopfen, Herzstechen und Engegefühle), die erstmals nach einer Diphtherie aufgetreten waren und sich nach immer wieder rezidivierenden Anginen verschlimmerten, verschwanden nach der Fokalsanierung, die vor 3 Jahren vorgenommen wurde; seit 2 Jahren besteht völlige Beschwerdefreiheit.

3. K.E., geb. 29. 6. 1901.

Aufnahme: 1.2.1951.

Einweisungsdiagnose: Schwindel, unklare Temperaturen. Als Kind Otitis media links und Scharlach. 1925 Gonorrhoe. 1936 und 1942 Ulcus ventriculi. 1939 Schädelbruch. Im Herbst 1950 Herzbeschwerden anginöser Art (Stechen und Engegefühle). Diese seien nach sofortiger Fokalsanierung (Extraktion mehrerer Zähne) verschwunden und nicht mehr aufgetreten.

Jetzt: Vor 5 Wochen Otitis media rechts mit längerdauernder Sekretion, 2 Wochen später Gehörgangsfurunkel. Vor 13 Tagen Fieber, verstärkte Schwindelzustände und Kopfschmerzen. Ohrensausen rechts. Leichter Schmerz hinter den Augen. Keine Herzschmerzen. Das Herz sei in Ordnung.

Diagnose: Zustand nach Schädelfraktur. Beginnende intraventrikuläre Reizleitungsstörung. Herz klinisch o.B.

Rückfrage: 15.8.1953. Noch gelegentlich Kopfschmerzen besonders bei Witterungswechsel. Keine Beschwerden von Seiten des Herzens.

Epikrise: Bei dem Patienten, der seit einem Schädelbruch unter Kopfschmerzen leidet, war nach Auftreten anginöser Herzbeschwerden eine gründliche Gebißsanierung durchgeführt worden. Die Herzbeschwerden verschwanden danach. 1/2 Jahr später findet sich im Ekg eine beginnende intraventrikuläre Reizleitungsstörung. Klinisch ist am Herzen kein krankhafter Befund zu erheben. 2 Jahre später gibt der Patient an, er habe seit der Gebißsanierung keine Herzbeschwerden mehr gehabt und sein Herz sei seitdem gesund.

4. K. E., geb. 17. 3. 1912.

Aufnahme: 21.4.52.

Einweisungsdiagnose: Hypertonie.

Vor 15 Jahren Angina. 1949 Gelbsucht. Im Sommer 1951 nach Halsentzündung Lumbago. Langsame Besserung. Seitdem immer wieder in kürzeren oder längeren Abständen Lumbago ohne vorausgehende Erkältung. Vor einem halben Jahr deswegen bettlägerig. Damals traten auch Herzbeschwerden auf; Herzklopfen, Schwindelanfälle und anfallsweise Stechen am Herzen, sowie Engegefühle. Wegen dieser Herzbeschwerden wurde er vom Hausarzt zum HNO-Facharzt geschickt, der keine Ursache finden konnte. Nachdem vom Zahnarzt Zahngranulome festgestellt worden waren, erfolgte im Februar 52 wegen der Herzbeschwerden die Extraktion mehrerer Zähne. Danach wurden die, auch damals wieder sehr heftigen Lumbagobeschwerden besser und verschwanden. Die Herzbeschwerden verschlimmerten sich in den Tagen nach der Zahnextraktion, verschwanden aber dann ebenfalls.

Jetzt: Wurde ohne besondere Beschwerden zur Beobachtung wegen Hypertonie eingewiesen. Keine Herzbeschwerden mehr und auch keine Kreuzschmerzen.

Diagnose: Vegetative Dystonie. Klinisch und elektrocardiographisch am Herzen kein krankhafter Befund.

Rückfrage: 25.5.53. Er habe im letzten Jahr zweimal Lumbago gehabt. Herzbeschwerden seien seit der Zahnextraktion keine mehr aufgetreten.

Epikrise: Bei dem Patienten, der wegen einer vegetativen Dystonie aufgenommen wurde, waren 2 Monate vorher wegen pectanginöser Herzbeschwerden mehrere Zähne extrahiert worden. Die Herzbeschwerden wurden zunächst schlimmer, ver-

schwanden dann aber vollständig, sodaß der Mann nun schon über ein Jahr von ihnen verschont blieb. Die Lumbalgien, die schon vor den Herzbeschwerden wiederholt aufgetreten waren, verschwanden nach der Zahnsanierung sofort, kamen aber im letzten Jahr wieder.

5. H. E., geb. 19. 2. 1915.

Aufnahme: 23.3.1952.

Einweisungsdiagnose: Unklare Herzbeschwerden.

Früher angeblich nie krank gewesen. Schon im Alter von 16 bis 17 Jahren Rheuma in den Schultern und beim Tragen schwerer Lasten Nackenschmerzen und gleichzeitig oft Herzbeschwerden. Von 1945 bis Dezember 1949 in russischer Gefangenschaft. Dort habe er Dystrophie gehabt. Während der Gefangenschaft Mandelabszeß. Seit 1949, bereits in der Gefangenschaft, Herzbeschwerden: Schwarzwerden vor den Augen und Schmerzen in der Herzgegend bei Anstrengungen (hauptsächlich beim Tragen von Lasten). Anfang 1950 konnte bei der amtsärztlichen Untersuchung kein krankhafter Herzbefund erhoben werden. Er habe aber weiterhin Herzbeschwerden gehabt. Am 16.2.50 im Ekg angeblich Myocardschaden. Es wurde ein Fokalschaden angenommen und vom HNO-Facharzt eine chronische Tonsillitis festgestellt. Deswegen im April 1950 Tonsillektomie. Bei der Ekg-Kontrolle am 1.7.50 seien keine Veränderungen mehr nachweisbar gewesen. Er sei zu dieser Zeit auch beschwerdefrei gewesen. Vor einem Jahr seien wieder Herzbeschwerden aufgetreten, besonders bei Anstrengungen. Die Röntgenuntersuchung, das Ekg und die BSG seien in Ordnung gewesen. Nach einiger Zeit verschwanden die Herzbeschwerden wieder. Im Dezember des gleichen Jahres wieder Herzbeschwerden, besonders bei Handarbeit. Außerdem habe er morgens öfter einen schlechten Geschmack und blutigen Speichel im Munde gehabt. Im Januar 1952 wieder bei Anstrengungen Herzbeschwerden. Es wurden 2 Zähne saniert.

Diagnose: Osteochondrose der HWS. Dystrophiefolgen?

Epikrise: Bei dem Patienten, der schon in der Jugend unter Schulter- und Nackenschmerzen mit gelegentlichen Herzbeschwerden litt, waren auch während der Gefangenschaft Herzbeschwerden aufgetreten, die man später als fokalbedingt ansah und deshalb tonsillektomierte. Nach der Sanierung trat Beschwerdefreiheit ein, die jedoch nicht lange anhielt. Schon vor Ablauf eines Jahres stellten sich die gleichen Beschwerden wieder ein, die auch jetzt, 2 Jahre nach der Sanierung, den Grund zur Einweisung bildeten. Bei der Durchuntersuchung fand sich eine Osteochondrose der HWS, die wohl auf Grund der Anamnese für die Herzstörungen von Bedeutung sein dürfte. Die während der Gefangenschaft durchgemachte Dystrophie darf jedoch nicht unberücksichtigt bleiben.

6. L. K., geb. 11. 7. 1904.

Aufnahme: 5.1.53.

Einweisungsdiagnose: Starkes Nasenbluten, Hypertonie. Als 10-jähriger Junge Gelenkrheuma. 1945 in der Gefangenschaft Scharlach, Typhus und Diphtherie. War 1945/46 wegen Asthma und Herzbeschwerden, die angeblich durch den Scharlach ausgelöst worden seien, im Krankenhaus, aus dem er geheilt entlassen wurde. 1947 Rheuma und Ischias. 1951 traten pectanginöse Herzbeschwerden auf. Hatte damals Herzkrämpfe und Herzstechen. Bekam Strophanthinspritzen. Als Ursache seiner Herz-

beschwerden wurden Zahngranulome und die erkrankten Mandeln angesehen. Im gleichen Jahr wurde deshalb Zahnsanierung (14 Zähne extrahiert) und die Tonsillektomie durchgeführt. Nach der Sanierung trat zunächst keine Besserung auf. Erst nachdem er längere Zeit Oedilantidtropfen bekommen hatte, besserten sich die Herzbeschwerden. Er müsse immer etwas für das Herz nehmen.

Jetzt: Seit einigen Stunden heftiges unstillbares Nasenbluten. Klagt über Krämpfe am Herzen und Herzstechen, sowie über Schlaflosigkeit. Seit 4-6 Wochen Ischias rechts.

Diagnose: Hypertonie, Angina pectoris.

Epikrise: Der jetzt 49 jährige Mann hatte als Kind Gelenkrheuma und vor 8 Jahren Scharlach, Typhus und Diphtherie. Vor 2 Jahren erfolgte wegen damals aufgetretener Herzbeschwerden Zahnsanierung und Tonsillektomie. Besserung der Beschwerden trat jedoch erst nach medikamentöser Behandlung ein, die seitdem weitergeführt werden muß.

7. S. F., geb. 15. 5. 1899.

Aufnahme: 22.9.1952.

Einweisungsdiagnose: Fieberhafte Bronchitis.

Mit 17 Jahren Lungenspitzenkatarrh beiderseits. War deswegen 6 Wochen in der Heilstätte. 1930 Meniskusverletzung. 1935 Kieferhöhlenentzündung. Im letzten Kriege Arthrosis deformans beider Kniegelenke. 1948 Schleimbeutelentzündung an beiden Ellenbogen. Anschließend traten starke Brustschmerzen auf. Bei der Rö-Kontrolle wurde kein krankhafter Lungenbefund erhoben, aber ein Herzmuskelschaden festgestellt. Patient hatte niemals Herzbeschwerden. Die Brustschmerzen hatten schnürenden Charakter. Außerdem krampfartige Schmerzen in der linken Brustseite. Während einer 4-wöchigen Krankenhausbehandlung erfolgte Zahnsanierung, da kranke Zähne für die Schmerzen verantwortlich gemacht wurden (1948). Die Schmerzen auf der Brust besserten sich erst nach längerer Zeit etwas, traten aber später immer wieder mal auf. Seit einer Gelbsucht im Jahre 1950 Obstipation und bei fetten Speisen Magenbeschwerden und Sodbrennen. Im Jahre 1951 traten die Brustschmerzen wieder heftiger auf. Außerdem bei geringsten Anstrengungen und Erregungen Atemnot und Herzschmerzen. Vor einigen Wochen seien die Unterschenkel geschwollen gewesen. Ostern 1952 Stirn- und Kieferhöhlenentzündung.

Jetzt: In der letzten Woche Übelkeit, Husten, starker Schnupfen und grünlicher Auswurf. Temperaturen um 38 Grad. Atemnot, Herzschmerzen und bei leichter Anstrengung Stechen auf der Brust.

Diagnose: Kieferhöhlenentzündung links, Bronchitis, Angina pectoris vasomotorica, vegetative Dystonie.

Epikrise: Bei dem Patienten, der jetzt wegen einer fieberhaften Bronchitis zur Aufnahme kam, war im Jahre 1948 wegen Brustschmerzen links, die im Hinblick auf die weitere Anamnese als Stenocardien aufzufassen sind, die Gebißsanierung durchgeführt worden. Ein Erfolg blieb dieser Maßnahme versagt, denn immer wieder und auch jetzt 4 Jahre nach der Sanierung, treten die gleichen Beschwerden auf, die einer Angina pectoris vasomotorica zuzuschreiben sind.

8. W. A., geb. 1. 10. 1906.

Aufnahme: 1.10.1952.

Einweisungsdiagnose: Appendicitis.

Früher nie ernstlich krank gewesen. Im Jahre 1935, während der ersten Schwangerschaft, trat eines Tages eine so starke Blutung auf, daß sie deswegen im Krankenhaus behandelt werden mußte. Trotz sehnlichem Kinderwunsch kam es später nicht mehr zur Schwangerschaft. Die Periode war in der Folgezeit immer normal bis vor 2 Jahren. Vor 4 Jahren Ekzem am Ohr und von da ausgehend eine Urticaria am ganzen Körper. Seit 1951 habe sie es mit den Nerven zu tun. Seit der gleichen Zeit auch Schmerzen am Herzen, Herzweh, Krämpfe und Stechen. Die Periode sei seitdem schwächer geworden. Wegen der Herzbeschwerden wurde im Juli 1951 die Tonsillektomie durchgeführt. Die Herzbeschwerden wurden danach nicht besser, aber die Periode blieb nunmehr ein viertel Jahr aus. Im September Einweisung ins Krankenhaus wegen Appendicitis. Es wurde damals eine epigastrische Hernie festgestellt und operiert. In der folgenden Zeit war sie außer den Herzbeschwerden ohne Schmerzen. Seit einem halben Jahr öfter Schmerzen im rechten Mittelbauch wie vor der Operation. Seit einem viertel Jahr fehlt die Periode.

Jetzt: Seit gestern starke Schmerzen im rechten Mittelbauch. Dort Stechen. Brechreiz. Kein Fieber. Obstipation. Bei Aufregungen wie gerade jetzt, krampfartige und stechende Schmerzen in der Herzgegend.

Diagnose: Stielgedrehte Ovarialcyste re.; Herz o.B.

Epikrise: Die Patientin, die jetzt wegen einer stielgedrehten Ovarialcyste eingewiesen wurde, hatte seit dem Beginn der Klimax über stenocardische Beschwerden zu klagen. Ein halbes Jahr nach deren Auftreten wurde tonsillektomiert. Der Sanierungseingriff brachte jedoch nicht die erhoffte Besserung des Herzleidens, blieb aber andererseits nicht ohne Einfluß auf die, im Umbau begriffene hormonelle Struktur. Auch ein Jahr nach der Tonsillektomie bestehen noch die gleichen, sicherlich klimakterisch bedingten Herzbeschwerden.

9. H. H., geb. 20. 9. 1911.

Ambulanz: 2.2.1953.

Früher angeblich nie ernstlich krank gewesen. Seit 10 Jahren habe sie eine Reihe von Krankheiten durchgemacht. Verheiratet, hat keine Kinder.

Es begann vor 10 Jahren mit einem Abszeß am Gesäß, der aufgeschnitten werden mußte. Einige Zeit später habe sie Magenbeschwerden gehabt. Nach klinischer Behandlung seien die Magenbeschwerden verschwunden. Vor rund 7 Jahren sei ein Eileiter entfernt worden. Einige Zeit später mußten operativ einige Verwachsungen am Magen gelöst werden. Wieder einige Zeit später habe sie eine Blasenentzündung gehabt.

Jetzt: Schon seit 1946 habe sie morgens beim Aufstehen Temperaturen rectal über 38 Grad. Wenn sie liegen bleibt, treten diese nicht auf. Seit der gleichen Zeit ungefähr habe sie Druckschmerzen in der Herzgegend, sowohl in Ruhe als auch nach Belastung. Auch nachts im Bett treten diese Schmerzen auf, die nicht ausstrahlen. Wegen dieser Beschwerden wurden im Jahre 1946 bereits die Mandeln ausgeschält. Es habe sich aber nichts geändert. In den folgenden Jahren war sie wegen dieser Beschwerden mehrmals in stationärer Behandlung. An den Zähnen habe sie nichts. Beziehungen der Herzbeschwerden

zu der, an sich normalen Periode, bestehen nicht.

Diagnose: Vegetative Dystonie, nervöse Dysmenorrhoe, Psychische Überlagerung.

Epikrise: Bei der Patientin, die vor ihrer jetzigen Erkrankung schon mehrfach in stationärer Behandlung war, wurden wegen Druckschmerzen in der Herzgegend und morgendlicher Temperatursteigerungen nach dem Aufstehen, bereits vor 7 Jahren die Mandeln entfernt, ohne daß eine Besserung eingetreten wäre. In den folgenden Jahren war sie wegen der gleichen Beschwerden mehrmals in länger dauernder stationärer Behandlung, ohne daß eine Besserung zu erreichen war. Auch bei der jetzt, wegen der gleichen Beschwerden durchgeführten eingehenden Untersuchung, konnte kein krankhafter Befund außer einer nervös bedingten Dysmenorrhoe festgestellt werden. Da eheliche Schwierigkeiten bei der kinderlosen Frau nicht ganz ausgeschlossen werden können, ist es naheliegend, bei den mehrfachen negativen Untersuchungsergebnissen, die Ursache der Klagen in der späten Ehe zu suchen.

10. M. K., geb. 30. 10. 1900.

Aufnahme: 24.3.1953.

Einweisungsdiagnose: Pleuritis.

Mit 6 Jahren 3 Monate im Krankenhaus wegen Diphtherie. Mit 26 Jahren Rheumatismus an den Gelenken ohne Fieber. Häufig Anginen, letzte 1949. 3 mal Mittelohrentzündung. Mit 27 Jahren Stirnhöhlen- und Kieferhöhlenoperation. 1931 Bluterguß in beiden Knien. Menses früher regelmäßig. Keine Geburten. Menopause seit 1947. Seit dem gleichen Jahre Herzbeschwerden: krampfartige Herzschmerzen, die in den linken Arm ausstrahlen und vor allem bei Anstrengungen auftreten. Die Beschwerden haben immer mehr zugenommen. Sie war deswegen 1948 und 1951 im Krankenhaus. Während des Krankenhausaufenthaltes 1951 wurden die Zähne geröntgt und wegen der Herzschmerzen mehrere Zähne gezogen. Es sei danach aber keine Besserung eingetreten. Die Herzschmerzen bestehen auch heute noch fort. Jetzt: Vor 4 Wochen erkrankte sie mit Bruststichen links und besonders heftigen krampfartigen Schmerzen, besonders bei der Atmung. Sie habe Fieber gehabt. Die Schmerzen strahlen jetzt wieder in die linke Schulter und in den li. Arm aus.

Diagnose: Osteochondrose der HWS mit neuralgiformen Beschwerden. Klimakterische Herzbeschwerden.

Epikrise: Bei der Patientin, die früher häufig Anginen hatte, waren mit Beginn der Menopause erstmals Herzbeschwerden krampfartigen Charakters mit Ausstrahlungen in den linken Arm aufgetreten, sodaß zweimaliger Krankenhausaufenthalt notwendig war. Während der letzten Klinikbehandlung vor 2 Jahren wurde wegen des Herzleidens eine Gebissanierung vorgenommen, die keine Besserung brachte. Während der jetzigen stationären Behandlung konnten die neuralgiformen Beschwerden der linken Brustseite, die durch die bestehende Osteochondrose der HWS ausgelöst wurden, mit Salumbädern und Impletolinjektionen gut beeinflußt werden. Die Herzschmerzen, die nach dem klinischen Bild und dem Behandlungsergebnis von dem Geschehen an der HWS unabhängig waren, verschwanden unter Ovarialhormongaben fast vollständig.

11. K. F., geb. 8. 11. 1914.

Aufnahme: 20.11.1951.

Einweisungsdiagnose: Angina pectoris.

Als Kind Diphtherie. Mit 15 Jahren Pleuropneumonie. 1942 Polyarthrit. Seit damals Herzbeschwerden, Kurzlufthigkeit, Ödeme, Herzklopfen, Stechen am Herzen. 1950 Parametritis und Appendektomie. Da die Herzbeschwerden im Jahre 1951 immer schlimmer wurden, erfolgte im April des gleichen Jahres deswegen die Tonsillektomie. Danach trat jedoch keine Besserung ein. Im Juni 1951 wegen stenocardischer Beschwerden, Herzstechen, Angstgefühle, Schwindel, Herzklopfen, Kurzlufthigkeit, stationäre Behandlung. Vor 8 Wochen nochmals wegen der gleichen Beschwerden Krankenhausbehandlung. Jetzt: Seit der Entlassung erneut heftige Herzschmerzen. Deshalb erneute Einweisung.

Diagnose: Myocardschädigung, Angina pectoris vasomotorica.

Anfrage: 2.12.53: Die Beschwerden treten immer wieder in wechselnder Stärke auf. Im letzten Jahr seien die Herzstiche noch schlimmer geworden. Sie habe sich aber jetzt mit ihrer Krankheit abgefunden.

Epikrise: Bei der Patientin, die im Anschluß an eine Polyarthrit erstmals Herzbeschwerden bekam, wurde 9 Jahre später wegen Zunahme derselben tonsillektomiert. Da keine Besserung eintrat, war im gleichen Jahr noch 2 mal stationäre Behandlung notwendig. Auch 2 Jahre nach dem Sanierungseingriff bestehen die Beschwerden weiter, ja die Patientin gibt an, daß die Herzstiche jetzt noch schlimmer geworden seien.

12. M. A., geb. 22. 4. 1927.

Aufnahme: 8.8.1951.

Einweisungsdiagnose: Herzbeschwerden.

Außer einer Rachendiphtherie im Alter von 10 Jahren, die folgenlos abheilte, angeblich nie ernstlich krank gewesen. 1949 normale Entbindung, nach der sie sich gut erholte. Im Jahre 1950 oft Anginen. Danach allgemeine körperliche Leistungsschwäche, Kraftlosigkeit, Leibschmerzen und unregelmäßige Periodenblutung. Es sei damals im Ekg ein Herzmuskelschaden festgestellt worden. Da dieser, sowie ihre ganzen Beschwerden als Fokalttoxikose aufgefaßt worden sei, erfolgte am 7.7.1950 die Tonsillektomie. Nach der Operation sei keine Besserung eingetreten.

Jetzt: Wegen Endometritis auf der gynäkologischen Abteilung cürettiert. Von dort auf die innere Abteilung verlegt, weil sie über Herzbeschwerden klagte, die seit einem Jahr bestehen: Atemnot, Herzschmerzen, abends öfter dicke Beine, angeblich Nykturie. Schmerzen in der Nabelgegend unabhängig vom Essen; kein Sodbrennen, kein saures Aufstoßen, ab und zu Brechreiz. Abgeschlagenheit und Leistungsschwäche.

Diagnose: Myocardschaden, Senkung des Colon transversum, Endometritis.

Epikrise: Die Patientin hatte im Alter von 10 Jahren eine Diphtherie durchgemacht. 12 Jahre später wurde ein Herzmuskelschaden bei allgemeiner Leistungsschwäche festgestellt. Da dieser Erkrankung mehrere Anginen vorausgingen, wurde wegen Fokalttoxikose tonsillektomiert. Die Herzschädigung, die wahrscheinlich doch als Spätschaden der Diphtherie aufzufassen ist, wurde durch die Fokalsanierung nicht gebessert und bestand auch noch ein Jahr nach der Sanierung, so daß internistische Behandlung notwendig war.

13. G. M., geb. 22. 11. 1899.

Aufnahme: 16.7.1953.

Einweisungsdiagnose: z.B. Haematome.

Als Kind Masern. Später häufig Anginen, deshalb 1936 Tonsillektomie. 1950 wegen Herzleidens in Krankenhausbehandlung. Damals wurde eine Myodegeneratio cordis festgestellt und zur Fokalsanierung sämtliche Zähne des Oberkiefers, die alle mit Granulomen behaftet gewesen seien, extrahiert. Es sei durch die Krankenhausbehandlung nur eine kurzdauernde Besserung des Herzleidens aufgetreten.

Jetzt: Schlaflosigkeit und starkes Schwitzen. Stechende Schmerzen, die von der linken Schulter ausgehen und ins Herz strahlen. Dann habe sie auch ein lahes Gefühl im linken Arm und Ameisenlaufen. Diese Beschwerden bestehen seit 1949 und wurden durch die Krankenhausbehandlung und die Zahnsanierung nicht gebessert. Außerdem jetzt noch Engegefühl und ein Druck am Herzen. - In den letzten Wochen bekomme sie sehr leicht blaue Flecken an Armen, Beinen und am Rücken, ohne daß sie sich angestoßen habe. Sehr leicht und des öfteren Zahnfleischblutungen.

Diagnose: Mäßige Spondylosis deformans der HWS. Linksschädigung des Herzens. Zeitweilige abnorme Kapillardurchlässigkeit. Epikrise: Bei der Patientin wurden vor 17 Jahren wegen rezidivierender Anginen die Tonsillen entfernt. 14 Jahre danach traten Herzbeschwerden auf, sodaß Krankenhausaufnahme erfolgte. Es wurde eine Herzmuskelschädigung festgestellt und zur Behandlung eine radikale Gebißsanierung durchgeführt, die für kurze Zeit Besserung brachte. Jetzt nach 3 Jahren bestanden die gleichen Beschwerden bei einer Linksschädigung des Herzens ohne Dekompensationszeichen. Außerdem fand sich noch eine Osteochondrose der HWS.

14. F. E., geb. 14. 4. 1933.

Aufnahme: 19.9.1953.

Einweisungsdiagnose: z.B. Herz.

Früher öfter Mandelentzündung. Vor 14 Jahren Lungenentzündung. Seit 1948 Herzschmerzen, deswegen 1949 in Krankenhausbehandlung. Es wurde damals ein gut kompensierter Myocardschaden und eine mäßige Hyperthyreose festgestellt. Im gleichen Jahr, nachdem es zu erneuten Herzbeschwerden, Herzklopfen, Herzstolpern, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Appetitlosigkeit gekommen war, erneute Krankenhausbehandlung. Es wurde nun eine schwere diffuse Myocardschädigung als Folgeerscheinung mehrerer vorausgegangener Tonsillitiden festgestellt und deswegen am 17.4.1949 tonsillektomiert. (Krankenblatt). Nach der Tonsillektomie verschwanden bei körperlicher Schonung und Digitalismedikation die supraventrikulären Extrasystolen und die Herzleistung wurde gebessert. Nach der Entlassung ging es ihr dann eine Weile gut. Im Jahre 1951 trat auf der Straße ein Kollapszustand auf. Wiederum stationäre Behandlung. Vor dem Kollaps hatte sie praktisch keine Herzbeschwerden, danach jedoch Herzklopfen und Schwächezustände. Dabei seien die Lippen schneeweiß. Herzstolpern wie vor der Tonsillektomie.

Jetzt: Gestern Partus daheim. Seitdem vermehrt unregelmäßiges Herzklopfen, Angstgefühle, Schwindel, Kopfschmerzen. Das Herz setze dauernd aus. Während der Schwangerschaft ging es ihr bis auf die letzten 4 Wochen viel besser als vorher und jetzt. Menarche mit 16 Jahren. Periode oft unregelmäßig, manchmal nur alle 3 Monate.

Diagnose: Extrasystolie bei Myocardschädigung.

Epikrise: Bei dieser Patientin, die häufig Mandelentzündungen hatte, war vor 4 Jahren wegen einer Myocardschädigung die Tonsillektomie durchgeführt worden. Unter Digitalis-medikation und körperlicher Schonung ging es ihr anschließend besser. 2 Jahre später traten wieder die gleichen Herzbeschwerden auf, und jetzt ist erneut Krankenhausbehandlung deswegen erforderlich. Hier brachte die Fokalsanierung keine endgültige Besserung, und es erhebt sich die Frage, ob ohne Tonsillektomie durch die übrige Therapie nicht der gleiche Effekt erzielt worden wäre.

15. S. H., geb. 15. 7. 1920.

Aufnahme: 3.8.1952.

Einweisungsdiagnose: Zur Tonsillektomie wegen Herzstechen. Mit 3/4 Jahren Diphtherie. Mit 13 Jahren Magenkatarrh mit heftigen Schmerzen. Kurz vor Beginn der Menarche Besserung der Magenbeschwerden, die mit dem Einsetzen der Regelblutungen völlig verschwanden. Die Periode war in jüngeren Jahren sehr schwach und völlig schmerzfrei, später sehr stark und schmerzhaft. Seit etwa 10 Jahren öfter Anginen. Im Jahre 1944 Nervenentzündung am Fuß und etwas später Nesselsucht mit grossen Quaddeln und heftigem Juckreiz, der immer an den unteren Extremitäten begann und beim Übergang von der Kälte in die Wärme besonders heftig auftrat. Sie habe deswegen monatelang Calciumspritzen bekommen ohne nennenswerten Erfolg. 1947 angeblich Nervenzusammenbruch nach starker seelischer Belastung. 1948 Haemorrhoidenoperation und Parametritis. Im Anschluß daran Nierenbeckenentzündung. Nach dem Tode des Bruders bekam sie im Januar 1951 erneut Nierenbeckenentzündung und im Februar mußte sie wegen einer akuten Appendicitis operiert werden. Im gleichen Jahre nochmals Parametritis und etwas später Ekzem mit Furunkeln am Kopf. 1945/46 Kieferhöhlenvereiterung und Zahnsanierung. Jetzt: Seit einem halben Jahr rheumatische Beschwerden am Hals, in den Schultergelenken und im Rücken. Manchmal Stechen am Herzen. Vor 14 Tagen nach Überanstrengung (Tanz) nachts Beklemmungsgefühle, Atemnot, Schlaflosigkeit, Stechen am Herzen. Druck in der Herzgegend, Extrasystolie. Das Beklemmungsgefühl steige zum Hals und zum Kopf hinauf. Im Ekg sei ein Herzmuskelschaden festgestellt worden, der von den Tonsillen verursacht worden sei. Deswegen soll jetzt tonsillektomiert werden.

Diagnose: Myocardschädigung. Tonsillektomie. Nach der Tonsillektomie sofort Besserung der Herzbeschwerden.

Rückfrage: 25.8.1953. Seit der Entlassung aus dem Krankenhaus vor einem Jahre keine Herzbeschwerden mehr. Sie fühle sich sehr wohl.

Epikrise: Bei dieser Patientin, die seit 10 Jahren von häufigen Anginen heimgesucht wurde, trat nach einer Überanstrengung ein Herzmuskelschaden auf. Durch die Tonsillektomie konnte sehr rasch Beschwerdefreiheit erzielt werden, die jetzt schon 1 Jahr anhält.

16. K. H., geb. 6. 5. 1920.

Aufnahme: 10.7.1953

Einweisungsdiagnose: Drüsenstörung.

Als Kind Masern. Menarche mit 12 Jahren, Menses immer unregelmäßig. 1944 normale Entbindung. Seitdem starke Pigmentierung im Gesicht. 1952 Fehlgeburt. 1941 Scharlach. 1947 in der schlechten Zeit habe sie erstmals an Gewicht zugenommen. Vom Hausarzt wurde eine Herzschädigung angenommen und die Tonsillen als Herd angeschuldigt. Es wurde zunächst eine Hungerkur, verbunden mit Strophantininjektionen durchgeführt und im Jahre 1948 tonsillektomiert. Alle Maßnahmen blieben jedoch ohne Erfolg. Deswegen im Jahre 1950 Klinikbehandlung in Ludwigshafen. Sie hatte auch damals, wie schon früher daheim, dicke Füße und außerdem am ganzen Körper Schmerzen, besonders bei Berührungen und beim Anstoßen. Auch in Ludwigshafen wurde eine Strophantin-Euphyllinkur und eine Hungerkur durchgeführt. Sie nahm dadurch 15 kg an Gewicht ab, die jedoch nach Kurende sofort wieder aufgeholt wurden.

Jetzt: Viel Kopfschmerzen, dicke Füße. Die Haut sei sehr trocken. Friert viel. Schwitzt nie. Sie nehme dauernd zu. Obstipation. Appetit sehr mäßig. Seit 1/4 Jahr tropfenartige Unterleibsblutungen.

Diagnose: Myxödem, Endometritis. Grundumsatz -42%.

Epikrise: Bei dieser Patientin war wegen starker Gewichtszunahme eine fokalbedingte Herzschädigung angenommen worden und sie wurde deswegen tonsillektomiert. Der Erfolg blieb diesem Eingriff versagt. Nachdem jetzt 7 Jahre später die Gewichtszunahme als Folge einer Schilddrüsenunterfunktion erkannt wurde, konnte durch entsprechende Medikation das Krankheitsbild weitgehend gebessert werden.

17. Z. M., geb. 4. 6. 1930.

Aufnahme: 29.11.1952.

Einweisungsdiagnose: Myocardschaden.

Als Kind Angina. Vor einem Jahr Grippe. Etwas später nach dem Tode des Vaters Sehstörung am linken Auge (Flimmern). Nach drei Wochen konnte sie wieder gut sehen. Am 15.10.1952 erkrankt mit hohem Fieber und Halsschmerzen. Sie war 14 Tage bettlägerig. Das Ekg habe eine Myocardschädigung und eine Coronarinsuffizienz ergeben.

Jetzt: Druckgefühl in der Herzgegend, besonders nach Aufregungen. Herzklopfen und stechende Schmerzen am Herzen mit Ausstrahlungen in den li. Arm.

Diagnose: Myocardschaden. Chronische Tonsillitis: 10.12.52 Tonsillektomie. Bei der Entlassung subjektive Besserung, Ekg-Befund unverändert.

Rückfrage: 10.3.1954. Kurze Zeit nach der Entlassung seien die Herzbeschwerden wieder in der früheren Stärke aufgetreten und bestehen auch jetzt immer noch, sodaß sie nichts arbeiten könne.

Epikrise: Die Patientin verspürte erstmals nach einer Angina Herzbeschwerden. Da sich im Ekg Zeichen für eine Herzmuskelschädigung fanden, wurde während der klinischen Behandlung tonsillektomiert. Im Anschluß an den Eingriff trat eine subjektive Besserung ein bei unverändertem Ekg-Befund. Bei der Befragung ein Jahr nach der Tonsillektomie klagte die Patientin über die gleichen Beschwerden wie vor der Sanierung.

18. E. A., geb. 19. 9. 1930.

Aufnahme: 19.3.1953.

Einweisungsdiagnose: Vitium cordis.

Kinderkrankheiten nicht bekannt. Mit 12 Jahren Gelenkrheuma, mit 14 und 15 Jahren Rezidiv. Damals wurde schon ein Herzfehler festgestellt. Sie sei damals auf der Arbeitsstelle zusammengebrochen und dann wegen Herzbeschwerden und Übelkeit lange Zeit zu Hause krank gewesen. Wegen der immer wiederkehrenden Herzbeschwerden (Herzstechen), Mattigkeit, Schwindelgefühle, wurde im Jahre 1951 die Tonsillektomie durchgeführt. Die Zähne seien auch röntgenologisch untersucht worden, aber in Ordnung gewesen. Nach der Tonsillektomie nur kurzdauernde Besserung bis zu einem Arbeitsversuch, dann wieder sofort die alten Beschwerden.

Jetzt: Seit dem Gelenkrheuma habe sie sich nie so recht wohl gefühlt. Sie klagt jetzt über Stechen in der Herzgegend, das in den Rücken und in den Arm ausstrahlt, außerdem über Atemnot, Schwindelgefühle und Herzklopfen, sowie Müdigkeit, Abgespanntheit und Mattigkeit. Abends habe sie mitunter dicke Füße.

Diagnose: Mitralstenose.

Epikrise: Die Patientin, die in ihrer Jugend mehrere polyarthritische Schübe durchmachte und bei der damals schon ein Herzfehler festgestellt worden war, wurde vor 2 Jahren wegen ihrer Herzbeschwerden tonsillektomiert. Nach der Sanierung trat nur kurzdauernde Besserung ein bis zur ersten größeren Belastung. Die Mitralstenose mit ihren Folgeerscheinungen blieb also unbeeinflusst.

19. K. M., geb. 6. 7. 1914.

Aufnahme: 23.4.1952.

Einweisungsdiagnose: z.B. Herz.

Familie: Die Mutter sei herzkrank.

Als Kind viel Angst vor dem Vater. Sie mußte schon früh sehr viel arbeiten. Sie sei immer schon sehr müde. Mit 14 Jahren erstmals Angina. Seitdem habe sie alle 4 bis 5 Wochen Halsentzündung. Mehrfach Tonsillarabszesse mit Kiefersperre. Auch öfter Bronchitis. Menarche mit 17 Jahren. Periode immer unregelmäßig. Hatte schon sehr früh während der Anginen Herzanfälle mit Herzklopfen und Herzrasen. Die Anginen seien immer schlimmer geworden. 1939 Rippenfellentzündung. Im gleichen Jahr nach dem Tode des Bruders starkes Herzklopfen und verstärkte Herzbeschwerden. Der Hausarzt sagt am Herzen sei alles in Ordnung. Im Oktober 1951 Uterusamputation wegen Myom. Bei und nach der Operation habe sie keine Herzbeschwerden gehabt. In der letzten Zeit wieder öfter starkes Herzklopfen und Herzrasen bei der Arbeit und bei Aufregungen. Jetzt: Herzklopfen und Schmerzen im linken Arm. Besonders nach Anstrengungen Engegefühle auf der Brust. Häufig nach den Mahlzeiten Herzdrücken. Kopfschmerzen. Gefühlstörungen an den Händen.

Diagnose: Vegetative Dystonie. Chronische Tonsillitis. Tonsillektomie. Nach der Operation einige Tage Besserung, dann werden die gleichen Beschwerden wieder geklagt.

Rückfrage: 25.5.1953. Es ist noch alles wie vor der Mandel-ausschälung.

Epikrise: Die psychisch sehr labile Patientin hatte sehr viele Anginen durchgemacht, wobei sie immer Herzklopfen und Herzrasen verspürte. Auffällig ist, daß die gleichen Beschwerden wie bei den Anginen auch nach dem Tode des Bruders auftraten, während sie nach der Uterusamputation nicht be-

merkt wurden. Bei der klinischen Durchuntersuchung fand sich außer einer chronischen Tonsillitis kein krankhafter Befund. Wegen der Herzbeschwerden wurde nunmehr tonsillektomiert. Es trat danach eine nur wenige Tage anhaltende Besserung ein. Nach einem Jahr wurden die gleichen Beschwerden wie früher geklagt. Ob hier nicht durch eine entsprechende seelische Betreuung mehr zu erreichen wäre?

20. K. E., geb. 19. 1. 1912.

Aufnahme: 13.10.1954.

Einweisungsdiagnose: Tachycardie.

Als Kind Masern, Mumps und Scharlach. Mit 16 Jahren Erysipel am li. Oberschenkel. 1945 Lungenentzündung und Pleuritis exsudativa links. 1947 Herzklopfen, Schwindel und Aufregungen. Bei der stationären Behandlung hier wurde eine Schilddrüsenerkrankung festgestellt. Deswegen dann beim Kropfspezialisten in Behandlung. Schon vor dieser Erkrankung manchmal Halsentzündung und Kopfweh. 1950 war sie in Heidelberg in der Klinik, weil der Hals dick wurde. Damals Herzklopfen, Herzstolpern und Herzrasen. Man sagte ihr, die Schilddrüsenstörung und die Herzbeschwerden seien die Folge einer chronischen Mandelentzündung und von Zahngranulomen. Sie bekam Injektionen und die Zahnsanierung wurde durchgeführt. Es trat keine Besserung ein. Sie bekam dann Bäder, die sie aber nicht vertragen habe. Sie habe danach Herzklopfen und Angstzustände bekommen. Nach der Entlassung aus der Klinik daheim vermehrt Beschwerden. Im November 1950 deswegen Tonsillektomie. Jedoch auch nach der Operation keine Besserung der Herzbeschwerden, ja es sei in den 3 Wochen nach der Tonsillektomie noch schlimmer gewesen. Sie war dann wieder beim Schilddrüsenspezialisten in Behandlung. Im März 1952 hier wegen latenter Tetanie in stationärer Behandlung und wegen paroxysmaler Tachycardie. Auf AT 10-Behandlung keine Besserung. Jetzt: Starkes Herzklopfen bis zum Herzrasen, Unruhe, Kribbeln in den Händen und am Körper. Ab und zu Krampfgefühle in der Herzgegend und ein wundes Gefühl am Herzen. Seit 14 Tagen bemerke sie, daß das Herz zeitweilig aussetze. Bei den Herzanfällen treten stärkste Kopfschmerzen auf, die vom Scheitel ausstrahlen bis zum re. Ohr. Sie wache oft auf, weil das Herz aussetzt. Nach dem Tode des Ehemannes sei sie zusammengeklappt. Seitdem Schwächegefühl und starkes Herzrasen. Sie war 3 Wochen bettlägerig. Bei jedem Versuch aufzustehen starkes Schwindelgefühl und im mittleren Rücken krampfende Schmerzen, die aber auch im Liegen auftraten. Im Zusammenhang damit traten oft paroxysmale Tachycardien auf. In den ersten Tagen der Bettruhe beiderseitige, jedoch links stärkere, ins Bein ausstrahlende Hüftschmerzen. Alle körperlichen Anstrengungen sind von starkem Herzrasen begleitet. Das Herzrasen tritt aber auch sehr oft bei Bewegungen des Kopfes und der Arme auf.

Diagnose: Paroxysmale Tachycardie. HWS-Syndrom.

Epikrise: Bei dieser Patientin war wegen Tachycardien zuerst eine Behandlung der Schilddrüse vorgenommen worden; dann wurde vor 4 Jahren die Gebißsanierung und die Tonsillektomie veranlaßt, ohne daß danach eine Besserung eintrat. Später erfolgte nochmals eine Behandlung durch den Schilddrüsenspezialisten, die ebenfalls nutzlos war. Auch eine AT 10-Behandlung wegen angeblicher latenter Tetanie war erfolglos. Bei der jetzigen stationären Behandlung konnte durch Chinidingaben die paroxysmale Tachycardie, die mit einer Osteochondrose der HWS in auffälliger Beziehung zu stehen scheint, weitgehend gebessert werden.

21. H. A., geb. 11. 10. 1926.

Aufnahme: 10.2.1953.

Einweisungsdiagnose: Endocarditis.

Als Kind Masern und Windpocken. Mit 5 Jahren Tonsillektomie. Menses 28/4 Tage, 1951 und 1952 Partus. Vor 6 Jahren Gelb - sucht. Im nächsten halben Jahr danach häufig Oberbauch - schmerzen. Seit Oktober 1952 Abgeschlagenheit. Gegen Weih - nachten 1952 bei vermehrter körperlicher Anstrengung Herz - beschwerden, schnelles Herzklopfen, kein Herzrasen, Stiche am Herzen und Krampfstöße, Extrasystolen, Temperaturen um 37,6 Grad. Seit Anfang Januar 1953 Bettruhe. Bekam 13 Penicillininjektionen, von denen sie ein juckendes Exanthem bekam. Keine Besserung der Herzbeschwerden. Vor 14 Tagen wurden 3 mit Granulomen behaftete Zähne extrahiert, da man diese für die Herzbeschwerden verantwortlich machte.

Jetzt: Es sei bis jetzt keine Besserung des Zustandes eingetreten, weshalb sie nun zur stationären Behandlung komme. - Sie habe deutlich an Gewicht abgenommen bei gutem Appetit. Täglich Stuhlgang. Sie sei sehr nervös und zappelig.

Diagnose: Hyperthyreose. Besserung durch Thyreostatika.

Rückfrage: 15.3.1954. Sie muss laufend noch einige Tabletten Thyreostat einnehmen, sonst bekomme sie wieder Herzklopfen. Sie fühle sich sehr wohl.

Epikrise: Bei dieser Patientin war wegen Verdacht auf eine Endocarditis zuerst Penicillin gegeben worden; dann hatte man noch eine Gebißsanierung durchgeführt, ohne daß eine Besserung der Beschwerden erzielt werden konnte. Bei der klinischen Untersuchung ergab sich als Diagnose jedoch eine Hyperthyreose, die auf entsprechende Behandlung sehr gut ansprach. Patientin muß auch ein Jahr nach der Sanierung noch immer Thyreostatika nehmen.

22. S. E., 12. 12. 1902.

Aufnahme: 1.9.1951.

Einweisungsdiagnose: Verdacht auf Hirntumor, Kreislauf - insuffizienz.

1943 Kniescheiben- und Tibiakopffraktur. Sonst angeblich nie ernstlich krank gewesen.

Jetzt: Seit einigen Monaten Schwäche, Schwindel, Druckgefühl im Kopf, Kreislaufstörungen. Wegen dieser Beschwerden vom 4.6. - 2.7.51 in stationärer Behandlung. Damalige Diagnose: Essentielle Hypertonie. Vom 28.7.-17.8.51 nochmals wegen der gleichen Beschwerden im Krankenhaus, außerdem jetzt noch Klagen über stenocardische Beschwerden. Nunmehr wurde eine Fokaltoxikose angenommen und deswegen die Tonsillektomie durchgeführt. Nach dem Eingriff nur vorübergehende Besserung seiner Beschwerden. - Kommt jetzt 14 Tage nach der Entlassung erneut wegen Schwächeanfall, starkem Kopfdruck, sowie Wärmegefühl und Stechen am Herzen zur Aufnahme, zeitweilig Kribbeln im rechten Arm und rechten Bein.

Diagnose: Unfixierte Hypertonie (RR 180/90 und 140/80).

Rückfrage: 10.11.53. Immer noch Kopfdruck, Brennen und Stechen am Herzen. Der Blutdruck sei ständig um 200/100.

Epikrise: Die von einer unfixierten Hypertonie ausgelösten Beschwerden dieses Patienten wurden als fokaltoxisch bedingt angesehen und deshalb die Tonsillektomie durchgeführt. Die unangenehmen Sensationen wurden dadurch jedoch nicht beeinflusst und bestehen auch noch nach 2 Jahren unverändert fort bei konstanter Blutdruckerhöhung.

23. E. M., geb. 18. 12. 1907.

Aufnahme: 15.7.1953.

Einweisungsdiagnose: Nephrogene Hypertonie.

Als Kind Masern und viel Halsentzündungen. Vor 15 Jahren und vor 4 Jahren Abgang von Nierensteinen (Oxalatsteine). 1950 sehr viel Kopfweh, Müdigkeit, hoher Blutdruck. Deswegen Kur in Bad Neuenahr. Nach der Kur etwas Besserung. Im Juni 1952 wurden wegen des hohen Blutdrucks 6 Zähne extrahiert, ohne daß eine Besserung der Beschwerden eingetreten wäre. Im Februar 1953 erfolgte aus dem gleichen Grunde die Tonsillektomie, da die Tonsillen als Fokus angesehen wurden. Nach der Tonsillektomie kurze Zeit Besserung, dann wieder die alten Beschwerden.

Jetzt: Vor 8 Tagen nach einer Omnibusfahrt von Berlin in die Pfalz plötzlich starke Schmerzen im Leib, zuletzt besonders in der Blasenegend. Der Schmerz kam von der linken Seite (Nierengegend) und zog dann nach vorne unten. Harndrang. Temperaturen bis 38 Grad. Keine eigentlichen Herzbeschwerden, aber Kopfschmerzen und Schwindel. Sein Blutdruck sei sehr hoch.

Diagnose: Nierensteinkolik, essentielle Hypertonie mit beginnender Nephrosklerose. RR 230/140.

Rückfrage: 17.8.1954: Sehr oft Kopfschmerzen und Schwindel. Der Blutdruck sei über 200.

Epikrise: Wegen einer Hypertonie wurde bei diesem Mann vor 2 Jahren eine Gebißsanierung durchgeführt, die auf sein Leiden ebenso ohne Einfluß blieb, wie die ein halbes Jahr später vorgenommene Tonsillektomie. Nierensteinentfernung hat in solchen Fällen schon oft eine Beseitigung der Hypertonie gebracht.

24. L. L., geb. 1. 1. 1908.

Aufnahme: 16.8.1953.

Einweisungsdiagnose: Zur Klärung des Krankheitsbildes.

Als Kind öfter Halsentzündung. Schon als junges Mädchen bleichsüchtig und Appetitlosigkeit. Mit 26 Jahren Heirat. Keine Geburt, 4 Aborte von 1939 - 1949. Menses regelmäßig 28/3-4 Tage. Die letzte Periode sei aber 10 Tage zu früh gekommen und wesentlich stärker. Seit etwa 10 Jahren digitus mortuus. Vor 4 Jahren Diphtherie, vierwöchiges Krankenlager, keine Lähmungen, keine Herzbeschwerden. Vor 3 Jahren trockene Rippenfellentzündung links, dabei neuralgiforme Schmerzen im Rücken, konnte sich nicht mehr gerade halten. Vor 2 Jahren erstmals Schwellung der Fingergrundgelenke, ohne Fieber.

Jetzt: Vor 6 Wochen im Krankenhaus Ludwigshafen wegen peripherer Kreislaufstörungen mit Gefäßspasmen an Händen und Füßen, bei Fokaltoxikose von Seiten der Zähne und Tonsillen (Arztbrief v. 22.6.53). Während der Krankenhausbehandlung wurden deshalb 15 Zähne extrahiert. 4 Tage nach der Extraktion sei eine Blutung aus der Extraktionsstelle aufgetreten, die etwa eine Stunde angehalten habe. - Die Patientin wurde nach einiger Zeit gebessert nach Hause entlassen. - Etwa 14 Tage nach der Entlassung (jetzt vor 5 Wochen) sei auf dem Wege zum Metzgerladen plötzlich ein großes Haematom am Fußrücken ohne erkennbare Ursache aufgetreten. Vor 4 Wochen nachts im Bett 4 Stunden lang Nasenbluten. In den letzten Wochen bekomme sie leicht blaue Flecken. Die Periode habe sie jetzt seit 8 Tagen und es höre nicht mehr auf. Seit Beginn der Periode fast laufend Nasenbluten. Sie habe schon früher leicht Nasenbluten gehabt, wenn sie die Nase geputzt habe. -

Sie habe jetzt auch Herzklopfen und geschwollene Füße. Auch die Fingergelenke seien geschwollen, genau wie vor der Krankenhausbehandlung in Ludwigshafen. Völlige Appetitlosigkeit. Seit gestern an den Streckseiten der Extremitäten flohstichartiges Exanthem. Fieber.

Diagnose: Haemorrhagische Sepsis nach Zahnsanierung.

Exitus am 2.11.1953.

Epikrise: Bei dieser Frau war wegen peripherer Kreislaufstörungen mit Gefäßspasmen an Händen und Füßen eine Fokaltokikose angenommen und deshalb eine Gebißsanierung (15 Extraktionen) durchgeführt worden. 4 Tage nach der Sanierung trat eine Blutung aus einer Extraktionsstelle auf. In den nun folgenden Wochen stellte sich eine Blutungsneigung ein. 6 Wochen nach der Sanierung wurde die Patientin unter dem Bilde einer haemorrhagischen Sepsis ins Krankenhaus aufgenommen, wo sie ein viertel Jahr später an dieser Erkrankung ad finem kam.

Tabellarische Übersicht.

Nr.	Ein- griff	Jahre seit Sanierung	Erfolg Mißerfolg	= + = -	Untersuchung wegen anderer Krankheit gleicher " "	= a = g
1	T	2	+		a	
2	T	3	+		a	
3	Z	3	+		a	
4	Z	1	+		a	
5	T	2	-		g	
6	Z	2	-		a	
7	Z	4	-		a	
8	T	1	-		a	
9	T	7	-		g	
10	Z	2	-		a	
11	T	2	-		g	
12	T	1	-		g	
13	Z	3	-		a	
14	T	4	-		g	
15	T	1	+		g	
16	T	5	-		a	
17	T	1	-		g	
18	T	2	-		g	
19	T	1	-		g	
20	Z/T	4	-		g	
21	Z	1	-		g	
22	T	2	-		g	
23	Z/T	2 u. 1 1/2	-		a	
24	Z	1/4	-		g (Exitus)	

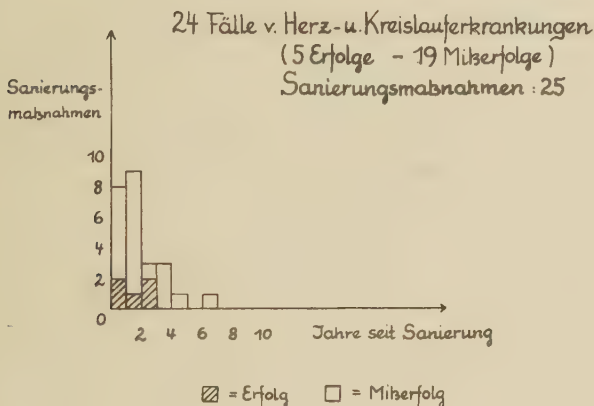
14 Tonsillektomien (T), 8 Zahnsanierungen (Z), 1 Tonsillektomie und Zahnsanierung gleichzeitig (ZT), 1 Zahnsanierung und Tonsillektomie in mindestens 1/2 jährigem Abstand (Z/T).

Bei 24 Patienten wurden insgesamt 25 Sanierungsmaßnahmen durchgeführt, von denen 5 erfolgreich und 20 ohne Erfolg blieben.

Der Abstand von der Sanierung beträgt 3 Monate - 7 Jahre. Die längste Erfolgsdauer ist 3 Jahre.

Untersucht wegen der gleichen Krankheit wurden 13 Personen, von denen eine mit Erfolg saniert worden war.

Untersucht wegen anderer Erkrankungen wurden 11 Personen, von ihnen wurden 4 vorher mit Erfolg saniert.



Bei den 24 Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen wurden in den meisten Fällen (14 mal) die Tonsillen als Herd angeschuldigt. Achtmal versuchte man durch Zahnsanierung die Fokalin - fektion zu beeinflussen. In einem Fall erfolgte Tonsillektomie und Zahnsanierung gleichzeitig und in einem weiteren Fall war, nachdem die Gebißsanierung nicht zum gewünschten Erfolg führte, 8 Monate später die Mandelausschälung vorgenommen worden. Von den insgesamt 25 Sanierungsmaßnahmen in dieser Patientengruppe waren nur fünf erfolgreich, und zwar dreimal die Tonsillektomie und zweimal die Gebißsanierung. Zwischen Herdausräumung und Befragung liegt ein Abstand von 1 - 7 Jahren. Nur bei einer Patientin, die 3 Monate nach der Sanierung starb, ist dieser Abstand kürzer. Der längste Erfolg ist mit einer Dauer von 3 Jahren zu verzeichnen.

Bei den erfolgreich Sanierten handelt es sich einmal (Nr. 1) um Atemnot und Herzstechen mit Beklemmungsgefühlen nach einer durchgemachten Diphtherie; die Besserung trat nach der Sanierung langsam ein und seit 2 Jahren bestand völlige Beschwerdefreiheit. Bei einem anderen Patienten, der ebenfalls eine Diphtherie in seiner Vorgeschichte angab (Nr. 2), waren die Herzbeschwerden immer im Anschluß an Anginen aufgetreten. Nach der Tonsillektomie vor 3 Jahren, war er nun seit 2 Jahren beschwerdefrei. Bei dem drit-

ten Geheilten (Nr. 3), der über anginöse Herzbeschwerden klagte, verschwanden diese nach Extraktion mehrerer Zähne und waren seit 3 Jahren nicht mehr aufgetreten. Der vierte geheilte Patient (Nr. 4) bekam nach mehreren Lumbagoattacken stenocardische Beschwerden. Nachdem mehrere, mit Granulomen behaftete Zähne extrahiert waren, verschwanden zunächst die Kreuzschmerzen und nach vorübergehender Verschlimmerung auch die Herzbeschwerden und sind seit einem Jahr nicht mehr aufgetreten. Im fünften wegen Herzbeklemmung und Druck am Herzen erfolgreich sanierten Fall (Nr. 15), bestand seit einem Jahr Beschwerdefreiheit. Bei allen übrigen 19 Patienten der Gruppe brachten die Sanierungsmaßnahmen nicht den gleichen Erfolg. Einmal (Nr. 8) stellte sich im Anschluß an die Tonsillektomie, die wegen stenocardischer Beschwerden, die seit Beginn der Klimax aufgetreten waren, ausgeführt wurden, eine Periodenstörung ein. Bei der Patientin Nr. 24 kam es kurz nach der Extraktion von 15 Zähnen, die wegen peripherer Kreislaufstörungen und Gefäßspasmen vorgenommen worden war, zu einer haemorrhagischen Sepsis mit letalem Ausgang.

Bei Nr. 6 besserten sich die stenocardischen Beschwerden erst nach Cedilanidgabe, bestanden jedoch jetzt wieder im alten Umfang weiter. Auch im Fall Nr. 7 hat der Patient seine pectanginösen Beschwerden nicht verloren. Die mit größter Wahrscheinlichkeit vertebralbedingten Herzbeschwerden des Patienten Nr. 5 blieben unbeeinflusst. Bei der Patientin Nr. 9 war der Fokalsanierung kein Erfolg beschieden; es hat den Anschein, daß hier in der Psyche beziehungsweise in den Schwierigkeiten der Ehe der Heilungsuchenden eher ein wirkungsvoller therapeutischer Ansatzpunkt gefunden werden kann. Während im Falle Nr. 10 durch die Gebißsanierung keine Befreiung von den, mit der Menopause einsetzenden Herzbeschwerden erfolgte, war der jetzt durchgeführten Hormonbehandlung ein besseres Ergebnis beschieden. Auch bei den Herzbeschwerden, die nach einer Polyarthritits erstmals auftraten (Nr. 11), blieb die Tonsillektomie wirkungslos. In den Anamnesen der Fälle Nr. 12 - 17 waren festgestellte Myocardschäden die Veranlassung zu einer Fokusentfernung; bei Nr. 12 ohne Erfolg. Bei Nr. 13 brachte die Opferung sämtlicher Oberkieferzähne nur kurzdauernde Besserung. Im Falle Nr. 14 verschwanden die Beschwerden erst nach Digitalismedikation und Schonung, um später wiederzukehren. Bei der Patientin Nr. 16, die an einer Unterfunktion der Schilddrüse leidet, wäre sicherlich bei richtiger Diagnosestellung die erfolglose Herdsanierung unterblieben und - wie jetzt -

mit entsprechender medikamentöser Behandlung mehr erreicht worden. Die Patientin Nr. 17, die nach einer Angina eine Myocarditis bekam, wurde durch die Tonsillektomie nicht von ihrem Leiden befreit. Die Patientin Nr. 18, deren Herzbeschwerden wie im Falle Nr. 11 erstmals nach Gelenkrheuma aufgetreten waren, fand durch die Tonsillektomie nur solange Linderung, als die körperliche Schonung andauerte; nach der Arbeitsaufnahme stellten sich die alten Beschwerden wieder ein. Bei der psychisch labilen Patientin Nr. 19, die schon früher bei Anginen häufig Herzrasen und Herzklopfen hatte, erfolgte nach der Mandelausschälung nur für einige Tage Besserung; nach einem Jahr war wieder alles wie vor der Operation. Auch im Falle Nr. 20 verschwanden, trotz zweimaliger Sanierung innerhalb eines Jahres (Zahnextraktionen und Tonsillektomie), die Anfälle von paroxysmaler Tachycardie nicht; erst nach Chinidingabe und konservativer Behandlung des HWS - Syndroms war Besserung zu verzeichnen. Die Extraktion dreier, mit Granulomen behafteter Zähne, beeinflusste nicht die Hyperthyreose des Falles Nr. 21, während bei uns durch Thyreostatica weitgehende Besserung erzielt werden konnte. Auch die beiden Patienten Nr. 22 und 23, die wegen Hypertonie fokalsaniert wurden, konnten dadurch nicht von ihrem Leiden befreit werden. Überblickt man das Ergebnis der insgesamt 25 Sanierungseingriffe bei diesen 24 Herz- und Kreislaufkranken, so zählen wir 5 erfolgreich und 19 erfolglos sanierte Patienten.

II. Nierenerkrankungen. (10 Fälle)

25. M. I., geb. 27. 2. 1933.

Aufnahme: 10.5.1952.

Einweisungsdiagnose: Nephritisrezidiv, zur Tonsillektomie. Als Kind Masern. Sehr häufig, bei jeder Erkältung Halsentzündung. Vor 2 Jahren nach einer heftigen Angina Nierenentzündung. Der Urin sei rötlich gewesen. Seit jener Angina sei die linke Tonsille vergrößert. Jedesmal wenn sie eine Angina habe, sei der Urin trüb. Am Herzen keine Beschwerden. Jetzt: Vor 6 Wochen Angina. Seit 3 Tagen erneut Halsschmerzen, Fieber, roter Urin, Schmerzen in der Nierengegend. Keine Ödeme. Soll jetzt tonsillektomiert werden.

Diagnose: Akute haemorrhagische Nephritis. RR 140/100; Urin: Eiweiß pos.; Esbach 1 1/4 ‰; Sed.: Leuco und Ery massenhaft, zahlreiche granulierte Zylinder; Rest - N 114 mg%. Am 17.6.1952 Tonsillektomie nach Abklingen des akuten Zustandes. - Gebessert entlassen.

Nachuntersuchung: 2.10.52: Weitere Rückbildung der entzündlichen Veränderungen. Noch Restschädigung der Nieren (Ausscheidungsverzögerung). Keine Angina mehr.

Nachuntersuchung: 20.5.53: Keine Beschwerden. Kein pathologischer Nierenbefund mehr. Keine Angina mehr.

Epikrise: Bei der Patientin, die sehr häufig unter Anginen zu leiden hatte, war es 2 Jahre vor der Aufnahme nach einer heftigen Angina zu einer Nierenentzündung gekommen. Da mit jeder weiteren Angina auch ein Nephritisrezidiv einherging, wurde tonsillektomiert. Ein Jahr nach der Sanierung ist die Patientin jetzt beschwerdefrei geblieben und die Nierenfunktion ist wieder intakt.

26. J. A., geb. 25. 2. 1897.

Aufnahme: 10.11.1952.

Einweisungsdiagnose: z.B. Magen.

In der Jugend nie ernstlich krank gewesen. 1930 zweimal Lungenentzündung, 1939 Nierenentzündung. Da die Tonsillen als Herd angesehen wurden, erfolgte, im gleichen Jahre nach der Besserung der Nierenentzündung, die Tonsillektomie. Danach trat völlige Ausheilung der Nierenentzündung ein. 1942 trockene Rippenfellentzündung. Seit Jahren immer Kreuzschmerzen.

Jetzt: Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme. Druck im Oberbauch mit Ausstrahlungen zum Rücken und in die Brust. Starker Raucher.

Diagnose: z. B. Magen. Coronarinsuffizienz, Nikotinabusus. Nieren o.B.

Epikrise: Der Patient, der jetzt wegen seines Magens und seines Herzens in stationäre Behandlung kam, war vor 11 Jahren wegen einer Nierenentzündung tonsillektomiert worden, als bereits eine Besserung eingetreten war. Die Nierenentzündung heilte vollständig aus, ein Rezidiv trat nicht ein. Auch jetzt war keine Erkrankung der Nieren festzustellen.

27. F. L., geb. 28. 12. 1928.

Aufnahme: 27.3.1952.

Einweisungsdiagnose: Anaemieverdacht.

Als Kleinkind Masern und Keuchhusten. Mit 14 Jahren Nierenentzündung. Mit 16 und 20 Jahren nochmals Nierenentzündung.

Sie habe immer mit Mandelentzündung zu tun gehabt. Bei der letzten Nierenentzündung vor 3 Jahren wurde eine chronische Tonsillitis festgestellt, die für die Erkrankung an den Nieren verantwortlich gemacht wurde. Deswegen wurde im gleichen Jahre (1949) tonsillektomiert. Seitdem kein Halsweh mehr und auch die Nierenentzündung sei nicht mehr wiedergekommen.

Jetzt: Vor 3 Wochen normaler Partus. 10 Tage danach heftige Schmerzen in der Gallenblasengegend mit Ausstrahlung zur rechten Schulter. Der Urin sei dunkel gewesen. Appetitlosigkeit.

Diagnose: Gallenblasenaffektion. Nierenfunktion normal.

Epikrise: Die Patientin, die häufig Halsentzündungen hatte, war von ihrem 14. - 20. Lebensjahr mehrfach an Nierenentzündungen erkrankt. Bei der letzten derartigen Erkrankung wurde eine chronische Tonsillitis als Fokus angesehen und deshalb im Jahre 1949 tonsillektomiert. Seit 3 Jahren traten nunmehr keine Halsentzündungen und keine Nephritisrezidive auf. Die Nierenfunktion ergab keinen Anhalt für einen krankhaften Prozeß.

28. P. H., geb. 11. 2. 1934.

Aufnahme: 10.5.1951.

Einweisungsdiagnose: Subakute Nephritis.

Als Kind angeblich nie krank gewesen. Im Februar 1950 im Anschluß an eine Angina akute Nephritis. Stationäre Behandlung hier. Nach Ausheilung wurde vor einem Jahr die Tonsillektomie durchgeführt, da man die Tonsillen als Fokus ansah. Im Herbst 1950, 3 Monate nach der Tonsillektomie Nephritisrezidiv. Danach Wohlbefinden.

Jetzt: Seit 4 Wochen zunehmend Schwindel und Kopfschmerzen. Seit 2 Wochen roter Urin. Habe keine Ödeme gehabt. Behandlung vom Hausarzt mit Hunger- und Dursttagen. Nach anfänglicher Besserung des Urinbefundes jetzt wieder Verschlimmerung, deswegen Einweisung.

Diagnose: Nephritisrezidiv.

Epikrise: Bei diesem jugendlichen Patienten war sofort nach dem Abklingen einer akuten Nephritis, die im Anschluß an eine Angina aufgetreten war, tonsillektomiert worden. Innerhalb eines Jahres seit der Sanierung war es jetzt schon zum 2. Nephritisrezidiv gekommen.

29. R. F., geb. 15. 5. 1904.

Aufnahme: 2.7.1953.

Einweisungsdiagnose: Chronische Nephritis.

Als Kind Masern. Mit 18 Jahren rheumatische Schmerzen in den Knien. Mit 30 Jahren erstmals Hexenschuß (1934). In den Folgejahren immer wieder Hexenschüsse bei der Arbeit im Wald und im Steinbruch. 1951 Ansatz zu Gelbsucht. Damals Schmerzen im Bauch, wie wenn er in der Mitte abbrechen würde. Seit der Gelbsucht allgemeine Leistungsschwäche, starke Müdigkeit und Kreuzschmerzen. Diese Beschwerden führten im Spätjahr 1951 zur Krankenhausbehandlung, wo eine chronische Glomerulonephritis festgestellt wurde. Da die Tonsillen dort herdverdächtig erschienen, erfolgte unter Penicillinschutz die Tonsillektomie. Es konnte jedoch keine Besserung erzielt werden. (Arztbrief).

Jetzt: Seit 18.5.53 erneut arbeitsunfähig wegen der gleichen Beschwerden wie vor 2 Jahren. Kreuzschmerzen, Müdigkeit, schweres Gefühl im Kopf.

Diagnose: Chronische Nephritis. Osteochondrose der Lendenwirbelsäule.

Epikrise: Bei diesem Patienten wurde vor 2 Jahren eine chronische Nephritis festgestellt und deswegen sofort tonsillektomiert. Das chronische Nierenleiden wurde dadurch jedoch nicht beeinflusst. Auch jetzt ist wegen des gleichen Leidens wieder stationäre Behandlung notwendig. Neben der Nierenerkrankung fand sich noch entsprechend der Anamnese eine Osteochondrose der LWS, die dem Patienten zusätzliche heftige Beschwerden bereitet.

30. S. E., geb. 20.1.1910.

Aufnahme: 13.3.1952.

Einweisungsdiagnose: Chronische Nephritis.

1917 Fraktur des linken Ellenbogengelenks. Seit 1945 Lungentuberkulose links. Seit 1946 Pneu, bis zum Jahre 1950. 1949 chronische Nephritis. Laut Krankenblatt Herdnephritis ungeklärter Aetiologie. Außerdem damals Lumbago. Patient wurde gebessert mit Restalbuminurie entlassen. Am 1.12.1949 Tonsillektomie, da die Tonsillen für die Nephritis verantwortlich gemacht worden waren. Im gleichen Jahre wurden zur Fokalsanierung noch 2 Zähne mit Granulomen entfernt. Nach beiden Sanierungsmaßnahmen vermehrte Eiweißausscheidung und verstärkte Schmerzen in der Nierengegend, die nach 2 Tagen wieder abklangen. Es erfolgte jedoch keine Besserung der chronischen Nephritis.

Jetzt: Schwindelgefühl und Kopfschmerzen. Abends sehr müde. Engegefühl am Herzen bei Belastung. Schwitzt sehr leicht. Albuminurie.

Diagnose: Chronischer Nierenparenchymschaden.

Epikrise: Bei dem Patienten, der eine Lungentuberkulose durchgemacht hat, wurde vor 3 Jahren eine chronische Nephritis ungeklärter Aetiologie festgestellt und deshalb im gleichen Jahre Tonsillektomie und Gebissanierung durchgeführt. Nach den Eingriffen kam es jeweils zu vorübergehenden Verschlimmerungen. Eine endgültige Besserung konnte nicht erreicht werden, denn auch jetzt, 2 Jahre nach der Sanierung, bestehen Zeichen eines chronischen Nierenleidens.

31. J. A., geb. 10. 2. 1913.

Aufnahme: 14.7.1952.

Einweisungsdiagnose: z. B. Nieren.

Seit der Jugend öfter Mandelentzündung. 1943 angeblich Nierenentzündung links (Schmerzen und Eiweiß im Urin). Im Jahre 1944 wegen der Nierenerkrankung Tonsillektomie. Danach keine Anginen und zunächst auch keine Schmerzen in der linken Nierengegend und keine Eiweißausscheidung mehr. 1945 Ischias rechts. 1949 Nierenkolik links. 1950 Ischias rechts. 1951 Nierenschmerzen und Nierenentzündung links mit Eiweißausscheidung. Es sei damals rechts eine Nierensenkung festgestellt worden. Beim i.v.-Pyelogramm am 9.4.52 habe sich die rechte Niere nicht dargestellt. Damals habe er viel Kopfschmerzen gehabt.

Jetzt: Immer Schmerzen in der linken Seite, in der Nierengegend, manchmal krampfartig. Der Urin sei dunkelgelb, manchmal Eiweißausscheidung.

Diagnose: Doppelnierenanlage links. Nierenaplasie rechts.

Epikrise: Der Patient, der seit der Jugend öfter Mandelentzündung hatte, wurde im Jahre 1944 wegen einer linksseitigen Nierenentzündung tonsillektomiert. 5 Jahre später trat

eine Nierenkolik links auf und 7 Jahre nach der Tonsillektomie wurde wiederum eine linksseitige Nierenentzündung festgestellt. Die wegen der gleichen Beschwerden jetzt durchgeführte Untersuchung ergab eine Doppelnierenanlage links, bei Nierenaplasie rechts. Nach Stellung dieser Diagnose ist es mehr als fraglich, ob im vorliegenden Falle früher tatsächlich ein Fokalgeschehen abgelaufen ist. Da nach 7 Jahren ein "Rezidiv" eintrat, wäre außerdem für die Sanierung ein Mißerfolg zu buchen.

32. S. G., geb. 14. 12. 1928.

Aufnahme: 17.8.1953.

Einweisungsdiagnose: Nephrose.

Als Kind Masern. Mit 9 Jahren Lungenspitzenkatarrh. Oft Mandelentzündung. Bei einer amtsärztlichen Untersuchung wurde Ostern 1953 Eiweiß im Urin festgestellt. Patient hatte keinerlei Beschwerden. Zur Klärung der Diagnose 7 Wochen Klinikaufenthalt in dessen Verlauf wegen der Albuminurie die Tonsillektomie durchgeführt wurde. Im Anschluß an den Eingriff sei einige Tage der Urin eiweißfrei gewesen. Nachdem er wieder aufstehen durfte, fand sich erneut Eiweiß im Urin. Er habe keine Ödeme gehabt. Nie Kopfschmerzen. Vor 6 Wochen beim Urologen, der keine Erkrankung finden konnte. Jetzt: Bei Anstrengungen treten Kreuzschmerzen auf und ab und zu ein Stechen in der Nierengegend. Der Patient kontrolliert seinen Urin seit Wochen täglich selbst mit Sulfosalicylsäure. Morgens sei kaum Eiweiß festzustellen, nach Belastung und gegen Abend deutliche Zunahme der Trübung. Vom Hausarzt wurde nach der Tonsillektomie auch eine gründliche Untersuchung des Gebisses veranlaßt, die keinen Anhalt für einen Herd an den Zähnen ergab.

Diagnose: Orthostatische Albuminurie.

Rückfrage: 10.9.54: Keinerlei Beschwerden. Der Urinbefund sei unverändert.

Epikrise: Dieser Patient wurde vor einem Jahr tonsillektomiert, weil sich immer wieder Eiweiß im Urin fand. Einige Tage nach der Sanierung, solange Bettruhe eingehalten wurde, war der Urin eiweißfrei, um nach dem Aufstehen wieder den vorherigen Befund zu bieten. Dem Patienten, der Laborant ist, war selbst schon aufgefallen, daß nach körperlicher Belastung und gegen Abend die Eiweißausscheidung zunahm. Jetzt wurde nach Ausschluß einer anderen Nierenerkrankung eine Orthostatische Albuminurie diagnostiziert.

33. R. H., geb. 4. 5. 1911.

Aufnahme: 25.10.1952.

Einweisungsdiagnose: Rentengutachten.

Als Kind keine besondere Krankheiten erinnerlich. 1926 Appendektomie. 1931, 1939 und März 1952 Magengeschwüre, jedesmal Ulcuskur.

Am 4.1.1940 Wehrdienst, Flak. Am letzten Samstag im Januar 1940 traten heftige Schmerzen rechts direkt neben der Wirbelsäule und dem Kreuzbein auf. Die Schmerzen haben morgens beim Beginn des Dienstes angefangen und seien zusehens im Laufe des Vormittags schlimmer geworden, sodaß er sich habe auf den Boden legen müssen. Beim Beginn der Schmerzen habe er zunächst seine Dienstübungen weiter mitgemacht. Nachdem er eine Weile gelegen hatte, versuchte er in die Kaserne zurückzugehen, sei aber wegen heftigster Schmerzen auf einer Tragbahre dorthin gebracht worden. Der untersu-

chende Truppenarzt habe zuerst eine Nierenerkrankung für wahrscheinlich gehalten. Bei der ersten Urinuntersuchung habe er jedoch nichts festgestellt. Darauf habe er Montags wieder Dienst machen müssen. Da erneut die gleichen Schmerzen auftraten, habe er dieses Mal den Dienst früher abgebrochen. Der Urin sei nun wieder vom Truppenarzt untersucht und daraufhin seine Verbringung ins Lazarett nach Stettin verordnet worden. Im Lazarett wurde er 3 Tage untersucht, Cystoskopie und Urinuntersuchungen auf Eiweiß wurden durchgeführt. Von einem Wasserversuch weiß er nichts. Nach 3 Tagen Entlassung zur Truppe, von wo sofort seine Entlassung in die Heimat eingeleitet worden sei. Nach der Entlassung habe er vom 2.2.1940 bis Ende März daheim wegen der gleichen Beschwerden krank gelegen und sei vom Hausarzt behandelt worden. Ob er damals Fieber gehabt habe, wisse er nicht mehr. Am 30.3.1940 habe er seine frühere Tätigkeit im Justizdienst wieder aufgenommen und habe bis Januar 1944 ohne Krankmeldung gearbeitet. Er stand aber laufend in ärztlicher Überwachung und wurde außerdem alle 6 Monate auf Wehrtauglichkeit nachuntersucht. Im Januar 1944 habe er dann an einem Kurs teilnehmen müssen, wozu er immer mit der Bahn an den Kursort hinfahren mußte. Da die Züge schlecht geheizt waren, habe er sich offensichtlich auf einer dieser Fahrten erkältet und es seien dieselben Schmerzen aufgetreten wie beim Dienst 1940. Die Schmerzen seien während der Fahrt so heftig geworden, daß er nur noch in gebückter Haltung stehen konnte und nach der Ankunft mit dem Krankenwagen ins Krankenhaus gebracht werden mußte. Es seien damals eine Cystoskopie, ein Wasserversuch und Röntgenaufnahmen der Nieren gemacht worden. Man habe ihm gesagt, es liege eine chronische Nierenbecken- und Nierenentzündung vor. Behandlungsdauer 3 Wochen. Nach weiteren 2 Wochen Erholungsurlaub konnte er seinen Dienst wieder aufnehmen. Im Mai 1944 bei der Nachuntersuchung kv geschrieben und im Juni 1944 erneut zur Flak einberufen worden. Während des Dienstes mußte er einmal viele Kisten, Bettstellen und Decken tragen. Dabei traten die gleichen Schmerzen in der Lendengegend auf, wie 1940. Als er dem Arzt im Revier sagte, er habe sich 1940 eine Nierenbecken- und Nierenentzündung geholt, wurde er ins Lazarett eingewiesen. Dort lag er bis Oktober 1944 und wurde dann zur Truppe entlassen. Während des Lazarettaufenthaltes wurden ihm 8 Zähne gezogen, die als die Ursache seiner Krankheit angesehen wurden. Bei seinem Truppenteil durfte er nunmehr keinen Außendienst mehr machen und kam in die Schreibstube. Während einer Abkommandierung zu einem Kriegsgericht traten dort, als er eines Tages viele Akten schleppen mußte, die gleichen Schmerzen wieder auf. Vorher habe er sich bei einem Schulungsunterricht in einer ungeheizten Halle erkältet. Es erfolgte erneute Revier- und Lazarettaufnahme. In letzterem drohte ihm der Stabsarzt, er werde ihn einsperren lassen, denn er habe nichts an den Nieren. Er nahm deshalb seinen Dienst wieder auf. Nach einer Woche sei dann doch von einem anderen Stabsarzt ein Entlassungsverfahren eingeleitet worden, das aber wegen des Kriegsendes nicht mehr erledigt werden konnte. Er sei noch in amerikanische Gefangenschaft geraten und im Juni 1945 entlassen worden. Anschließend war er eine Woche zur Untersuchung im Krankenhaus in Halle. Im April 1950 war wegen seiner alten Beschwerden erneut Krankenhausbehandlung notwendig. Jetzt: Er klagt jetzt die alten Beschwerden, heftige Schmerzen direkt neben der Lendenwirbelsäule und neben dem Kreuzbein beiderseits. Es bestehen keine Beschwerden, die sich

aufs Wasserlassen beziehen.

Diagnose: Bildungsanomalie am Übergang der LWS zum Kreuzbein, wobei der 5. LWK in seiner rechten Hälfte wie ein Kreuzbeinsegment angelegt ist. Außerdem besteht eine Osteochondrose der LWS. Urin und Nierenfunktion o.B.
Epikrise: Dieser Patient, den man jahrelang für nierenkrank hielt, sodaß sogar zweimal seine Entlassung aus dem Wehrdienst veranlaßt wurde, mußte wegen seiner Krankheit vor 8 Jahren auch den Verlust von 8 Zähnen mit in Kauf nehmen. Durch die Gebißsanierung konnte jedoch eine Heilung nicht erreicht werden. Erst jetzt wurde eine Bildungsanomalie und eine Osteochondrose der Lendenwirbelsäule als die Ursache seiner Leiden aufgedeckt bei völlig intakter Nierenfunktion. Durch kausale Behandlung und Anschaffung eines Überbrückungsmieders konnte völlige Beschwerdefreiheit erzielt werden.

34. S. W., geb. 24. 10. 1912.

Aufnahme: 4.2.1953.

Einweisungsdiagnose: Nierenerkrankung.

Angeblich früher nie ernstlich krank gewesen. Im Dezember 1944 in Rußland erstmals Rückenschmerzen. Da im Urin Eiweiß festgestellt wurde, erfolgte Lazarettbehandlung. Während derselben Mittelohreiterung, Radikaloperation rechts. Seit jener Erkrankung habe er es mit den Nieren zu tun. Die Schmerzen im Kreuz und dabei Eiweiß im Urin treten seitdem immer wieder mal auf, besonders nach der kleinsten körperlichen Anstrengung, bei längerem Stehen oder aber auch bei leichten Erkältungen. War deswegen schon mehrfach in spezialärztlicher Behandlung, zuletzt beim Urologen. Von diesem sei er zum HNO-Arzt geschickt worden, weil die Tonsillen für die Nierenerkrankung und speziell für die Eiweißausscheidung verantwortlich gemacht wurden. Aus diesem Grunde erfolgte vor 2 Jahren die Tonsillektomie. Im Anschluß daran lag er noch längere Zeit auf der internen Station wegen seiner Nierenerkrankung. Diese konnte jedoch durch alle diese Maßnahmen nicht gebessert oder geheilt werden. Der Blutdruck sei noch nie erhöht gewesen. Ein halbes Jahr später erneut wegen der gleichen Beschwerden Krankenhausbehandlung. Nach Bettruhe klingen die Schmerzen immer ab und der Urin werde dann eiweißfrei. Gleichzeitig wenn sich die Schmerzen im Rücken einstellen, treten auch seit einiger Zeit an der Haargrenze am Hinterkopf rechts und links von der Wirbelsäule schmerzhaft Stellen auf, die sehr unangenehm werden. Diese Schmerzen am Kopf sind durch Kopfwehtabletten beeinflussbar, im Gegensatz zu den Rückenschmerzen, die nur auf Bettruhe ansprechen.

Jetzt: Seit 10 Tagen sei er wieder krank. Der Vertrauensarzt schickte ihn wegen seines chronischen Nierenleidens zum Urologen, da die Schmerzen im Rücken in den letzten Tagen wieder sehr stark aufgetreten sind und die Eiweißausscheidung sehr hoch gewesen sei. Vom Urologen zur inneren Abteilung verlegt, da kein urologisches Leiden vorliege. Er habe heftige Schmerzen im Rücken. Klagt außerdem über Kopfschmerzen, besonders am Hinterkopf.

Diagnose: Osteochondrose der BWS und LWS. Keine Nierenerkrankung.

Epikrise: Dieser Patient hatte erstmals 1944 Rückenschmerzen und dabei Eiweiß im Urin; diese Beschwerden kehrten immer mal wieder, sodaß vor 2 Jahren die Tonsillektomie veranlaßt wurde, weil die Tonsillen als Krankheitsherd ange-

schuldigt wurden. Auch nach der Sanierung traten immer wieder die gleichen Beschwerden nach körperlicher Anstrengung oder Erkältungen auf, und verschwanden wieder nach Bettruhe. Bei der jetzigen klinischen Untersuchung konnte eine Erkrankung der Nieren ausgeschlossen werden. Der ganze Beschwerdekomplex ist wohl der Osteochondrose der gesamten Wirbelsäule zuzuschreiben.

Tabellarische Übersicht.

Nr.	Ein- griff	Jahre seit Sanierung	Erfolg = + Mißerfolg = -	Untersuchung wegen anderer Krankheit = a gleicher " = g
25	T	1	+	g
26	T	13	+	a
27	T	3	+	a
28	T	1	-	g
29	T	2	-	g
30	TZ	2	-	g
31	T	8	-	g
32	T	1	-	g
33	Z	8	-	g
34	T	2	-	g

8 Tonsillektomien (T), 1 Zahnsanierung (Z), 1 Tonsillektomie und Zahnsanierung gleichzeitig (TZ).

Bei 10 Patienten wurden wegen Nierenerkrankungen 10 Sanierungsmaßnahmen durchgeführt, von denen 3 erfolgreich und 7 ohne Erfolg geblieben sind.

Untersucht wegen der gleichen Krankheit wurden 8 Personen, von denen eine mit Erfolg saniert worden war.

Untersucht wegen anderer Erkrankungen wurden 2 Personen, die beide früher mit Erfolg saniert worden waren.

Die Zeitspanne seit der Sanierung beträgt 1 - 13 Jahre. Die längste Erfolgsdauer ist 13 Jahre.



Von 10 Patienten, die sich wegen eines Nierenleidens einer Fokalsanierung unterzogen - es wurde achtmal tonsillektomiert, einmal das Gebiß saniert und einmal die Tonsillektomie mit anschließender Zahnsanierung durchgeführt - fanden drei völlige Heilung, die jetzt 1 Jahr, beziehungsweise 3 und 13 Jahre andauert. In einem Fall (Nr. 25) handelte es sich um eine haemorrhagische Nephritis, die jeweils nach Anginen rezidierte. Es bestand jetzt, 1 Jahr nach der Tonsillektomie weder eine Nieren-erkrankung, noch war seitdem eine Angina wieder aufgetreten. In dem Fall Nr. 26 wurde nach Abklingen der akuten Krankheitserscheinungen, im Falle Nr. 27 erst nach einem Rezidiv, 7 Jahre nach der Ersterkrankung, tonsillektomiert und völlige Ausheilung erzielt. In drei weiteren Fällen (Nr. 28, 29 und 30) war der Fokuseliminierung dieser Erfolg nicht beschieden, obwohl sie im Falle Nr. 28 nach dem ersten Schub durchgeführt worden war und im Falle Nr. 30 gleichzeitig Tonsillektomie und Gebißsanierung erfolgt war. Bemerkenswert ist der Patient Nr. 31, bei dem erfolglos wegen einer "linksseitigen Nierenentzündung" saniert wurde. Bei diesem Patienten konnte jetzt eine Doppelniere links, bei Nierenaplasie rechts festgestellt werden, wodurch sich wohl die Beschwerden und die zeitweilige Albuminurie, aber auch die Erfolglosigkeit der Sanierung erklären lassen. In einem weiteren Fall (Nr. 32) einer orthostatischen Albuminurie, blieb der Erfolg der Herdsanierung ebenfalls aus. Auch bei den beiden letzten Patienten dieser Gruppe (Nr. 33 und 34), die nicht geheilt werden konnten, handelt es sich nicht um lokalbedingte Erkrankungen, sondern um Krankheitsbilder vertebraler Genese. Es braucht wohl nicht eigens betont zu werden, daß diese letzten vier Fälle als Mißerfolge der Fokalsanierung nicht aufzufassen sind, zumal die, bei diesen Patienten bestehenden Leiden mit einem Herd sicherlich nichts zu tun haben und die Sanierungseingriffe bei richtiger Diagnosestellung wohl unterblieben wären. - In dieser Gruppe zeitigte die Fokalsanierung dreimal einen Erfolg, während sieben Patienten von ihren Leiden nicht befreit wurden. Bemerkenswert erscheint die Tatsache, daß bei zwei der drei geheilten Patienten die Sanierung nicht sofort nach dem Abklingen des akuten Krankheitsbildes erfolgte, sondern in einem Fall 2 Jahre und im anderen Fall 7 Jahre nach dem ersten Krankheitsschub.

III. Gelenkrheumatismus. (23 Fälle)

35. B. H., geb. 23. 10. 1891.

Aufnahme: 23.6.1952.

Einweisungsdiagnose: Herzerkrankung.

Als Kind oft Anginen. Mit 15 Jahren erstmals Rheuma. 1925/26 erstmals Gelenkrheuma nach einer Angina. Deswegen im Jahre 1926 Tonsillektomie. Nach der Sanierung Besserung und erst nach 7 Jahren wieder rheumatische Beschwerden in den Gelenken. Er habe sich zunächst nach der Tonsillektomie wohlfühlt, aber im Jahre 1928 seien Herzbeschwerden aufgetreten, besonders Herzklopfen bei Anstrengungen. Nach einer in Bad Nauheim durchgeführten Kur waren die Herzbeschwerden verschwunden. 1933 bis 1934 im Konzentrationslager in Dachau, wo 1933 wieder rheumatische Gelenkbeschwerden auftraten. 1937 schweres Gelenkrheuma besonders in den Knien. Eine Bäderkur in Aachen brachte längere Beschwerdefreiheit. 1943 wieder Herzbeschwerden mit Belastungsdyspnoe. 1950 neue Kur in Bad Nauheim. Seit dieser Zeit immer wieder Herzbeschwerden, Herzklopfen und Beklemmungsgefühle. Jetzt: Seit 14 Tagen stärkere Dyspnoe bei Belastung, Nykturie, Husten, Beinödeme. Derzeit nur geringe Gelenkbeschwerden.

Diagnose: Myodegeneratio cordis, sekundär chronische Polyarthrititis, Spondylarthrosis deformans der BWS und LWS. Neuaufnahme am 7.1.1953: Kurz nach der Aufnahme Exitus durch plötzliches Herzversagen.

Epikrise: Bei diesem Patienten, der in der Kindheit oft Anginen und mit 15 Jahren schon Rheuma hatte, kam es im Alter von 34 Jahren erstmals zu einem starken polyarthritischen Schub. Nach der Tonsillektomie trat Besserung ein, aber 2 Jahre nach der Sanierung meldete sich das, durch die Polyarthrititis in Mitleidenschaft gezogene Herz erstmals und 7 Jahre nach dem Eingriff kam das erste Polyarthritisrezidiv. In den folgenden Jahren kehrten, fast im Wechsel, Herz- und Gelenkbeschwerden wieder, bis der Patient 26 Jahre nach der Sanierung, im Alter von 62 Jahren, infolge plötzlichen Herzversagens verstarb. Die Krankheit hat in diesem Falle ihren schicksalhaften Verlauf genommen, ohne daß die Fokalsanierung etwas änderte. Gerade hier sieht man, wie wichtig es ist, nicht nur den Soforteffekt der Sänierung zu registrieren, sondern auch die 2 Jahre später manifest werdende Herzschiädigung und die 7 Jahre und später auftretenden Rezidive der Polyarthrititis bei der Erfolgsbeurteilung zu berücksichtigen.

36. S. M., geb. 27. 2. 1929.

Aufnahme: 8.7.1952.

Einweisungsdiagnose: Nierensteinkolik.

Schon als Kind häufig Anginen. Mit 7 Jahren nach einer Angina Gelenkrheuma, das dann fast jährlich im Anschluß an Halsentzündungen auftrat. 1946 Lungen- und Rippenfellentzündung. Vor 3 Jahren wegen des immer wieder rezidivierenden Gelenkrheumas Tonsillektomie. Seit der Tonsillektomie kein Gelenkrheuma mehr.

Jetzt: Seit 4 Tagen kolikartige Schmerzen in der rechten Lendengegend von etwa einer Stunde Dauer. Die Schmerzen kommen langsam, werden schlimmer und klingen langsam ab. Schmerzanfälle meist in der Nacht. Keine Ausstrahlungen ins

Genitale. Der Urin sei zeitweilig trübe. Keine Gelenkbeschwerden.

Diagnose: Ureterstein.

Epikrise: Dieser Patient hatte von seinem 7. - 20. Lebensjahr fast jährlich im Anschluß an eine Angina polyarthritische Schübe, bis vor 3 Jahren die Tonsillen entfernt wurden. Seitdem trat keine Angina mehr auf und das Gelenkrheuma kam bis jetzt nicht wieder.

37. K. J., geb. 31. 5. 1901.

Aufnahme: 23.6.1953.

Einweisungsdiagnose: Tetanie nach Strumektomie.

Mit 14 Jahren (1915) Hexenschuß und Ischias links. Im Anschluß daran Gelenkrheuma. 1919 wieder Gelenkrheuma. 1920 Strumaoperation. 1921 Appendektomie. Im gleichen Jahr erneut Ischias links; Moorbäder und Heißluftbehandlung. 1923 Gallenkolik und Gelbsucht. 1924 wiederum Gelenkrheuma. Deswegen wurden im gleichen Jahre alle Zähne des Oberkiefers extrahiert, ohne daß Besserung eintrat. 1928 Ischias. 1931 wegen Gelenkrheuma und Ischias Sanatoriumsbehandlung mit Moorbädern und Heißluft. Auch in den folgenden Jahren immer wieder Gelenkrheuma und zeitweilig Ischias. 1946 nochmals Strumaoperation. 3/4 Jahr nach dieser Operation traten tetanische Anfälle auf.

Jetzt: Seit dem Jahre 1947 immer wieder Krampfanfälle, besonders nach kleinen Aufregungen. Bei den Anfällen Atemsperre, Pelzigwerden der Hände und pelziges Gefühl um den Mund. Häufig, besonders nach leichten Erkältungen Gelenkschmerzen mit Schwellung der Gelenke.

Diagnose: Strumiprivate Tetanie, Posticuslähmung, Osteochondrose der HWS, sekundär chronische Polyarthrititis.

Epikrise: Bei dieser Patientin wurden während des 4. polyarthritischen Schubes (10 Jahre nach Beginn der Erkrankung) alle Oberkieferzähne extrahiert. Es trat keine Besserung ein. Auch in den folgenden 29 Jahren blieb die Patientin weder von den weiteren Gelenkrheumaschüben noch von Ischiasrezidiven verschont. Das Leiden blieb auch in diesem Falle unbeeinflusst von der Sanierung.

38. G. A., geb. 1. 11. 1930.

Einstellungsuntersuchung als Krankenschwester am 28.7.52.

Mit 10 Jahren Scharlach, mit 12 Jahren Diphtherie, mit 15 Jahren Typhus. Seit der Diphtherie häufig Anginen. Im April 1951 erstmals Gelenkrheuma nach einer Halsentzündung, die nicht regelrecht behandelt worden war. Deswegen im Juni 1951 stationäre Behandlung und dabei Tonsillektomie. Etwa eine Woche nach der Tonsillektomie erneutes Aufflackern der Gelenkbeschwerden, die aber sehr rasch vollständig verschwanden. 3 Monate später nochmals geringe Schmerzen in den Handgelenken nach körperlicher Anstrengung, die jedoch sehr bald verschwanden. Seitdem ist sie völlig beschwerdefrei.

Diagnose: Kein krankhafter Befund.

Rückfrage: 10.8.53. Seit 2 Jahren keine Gelenkbeschwerden mehr.

Epikrise: Bei dieser Patientin, die seit einer Diphtherie häufig Anginen hatte, trat nach einer solchen im Alter von 21 Jahren eine Polyarthrititis auf. Nach der Tonsillektomie, die bald nach Beginn der Erkrankung durchgeführt wurde, kam es nach nochmaligem kurzen Aufflackern der Gelenkschmerzen zum raschen Verschwinden derselben. Seit 2 Jahren besteht völlige Beschwerdefreiheit.

39. K. G., geb. 17. 4. 1934.

Aufnahme: 21.11.1950.

Einweisungsdiagnose: Gelenkschmerzen.

Als Kleinkind Mumps und Gelbsucht. Später häufig Anginen. Vor 8 Wochen erstmals Gelenksbeschwerden. Vor 3 Wochen des-halb Tonsillektomie; seither jedoch noch keine Besserung. Jetzt: In allen Gelenken bohrende Schmerzen, die besonders nachts sehr unangenehm sind. Manchmal stechende Schmerzen im Rücken in der Gegend des ersten Lendenwirbels.

Diagnose: Gelenkrheumatische Beschwerden. Besserung nach Behandlung mit Moorbädern, Salicylamid- und Pyramidongaben.

Rückfrage: 20.1.1953: Im letzten Herbst. 2 Jahre nach der Tonsillektomie, wieder achtwöchiges Krankenlager wegen heftiger Gelenkschmerzen. Es geht jetzt wieder besser.

Epikrise: 5 Wochen nach dem Auftreten der ersten Gelenkschmerzen war bei dieser Patientin, die häufig Anginen hatte, die Mandelausschälung vorgenommen worden. Aber erst nach längerer Behandlung mit Medikamenten und Bädern, trat eine Besserung ein. Vor 3 Monaten, 2 Jahre nach der Sanierung, war sie jedoch wegen der gleichen Krankheit wieder 8 Wochen bettlägerig. Trotz frühzeitiger Sanierung blieb der Erfolg aus.

40. E. K., geb. 4. 2. 1896.

Aufnahme: 20.10.1952.

Einweisungsdiagnose: Diabetes mellitus.

Als Kind Scharlach, 1914 Typhus. 1945 Tripper. 1918 und in den folgenden Jahren Gelenkrheuma. Es wurde deswegen 1925 die Tonsillektomie durchgeführt. Danach sei Besserung eingetreten. In den späteren Jahren aber immer wieder Gelenksbeschwerden, die ihn aber nicht lange arbeitsunfähig machten. 1937 bei der Musterung wurde ihm gesagt, sein Herz sei nicht in Ordnung. 1939 wegen des Herzens in Krankenhausbehandlung. Seitdem habe er ab und zu Herzanfälle. Großer Nikotinabusus. 1948 Herzinfarkt. 1949 wegen Coronarinsuffizienz im Krankenhaus. Damals sei ein latenter Diabetes mellitus festgestellt worden.

Jetzt: Kurzluftigkeit. Bekomme deswegen jede Woche Strophantinspritzen. Immer wieder Gelenkschmerzen, die bisweilen sehr heftig sein können. Kommt zur Diabeteseinstellung.

Epikrise: Nachdem 7 Jahre lang immer wieder polyarthritische Schübe aufgetreten waren, wurde im Jahre 1925 tonsillektomiert. Nach der Sanierung kam es wohl zu einer Besserung, aber auch in den folgenden Jahren blieb der Mann nicht von dem Gelenkleiden verschont; er gab jetzt an, daß er immer wieder unter den sehr unangenehmen Gelenkschmerzen zu leiden habe. Auch hier kann bei einer Beobachtungszeit von 25 Jahren nur festgestellt werden, daß die Fokalsanierung das Leiden nicht wesentlich beeinflußt hat.

41. G. A., geb. 7. 8. 1878.

Aufnahme: 24.10.1952.

Einweisungsdiagnose: Herzwassersucht.

Früher angeblich nie ernstlich krank gewesen. Mit 58 Jahren (1936) bekam er angeblich Gelenkrheuma, mit heftigen Schmerzen in fast allen Gelenken. Zur Fokalsanierung seien damals mehrere Zähne gezogen worden. Danach sei das Gelenkrheuma verschwunden und er habe bis heute keine Gelenkschmerzen mehr gehabt.

Jetzt: Seit einem Jahr Kurzlufchtigkeit. Seit einigen Wochen Wasser in den Beinen. Das Wasser geht nicht mehr ab.

Diagnose: Dekompensierte Mitralinsuffizienz. Arrhythmie, schnelle Form. Große substernale Struma mit Einengung der Trachea.

Epikrise: Dieser Mann, der keine Halsentzündungen hatte, bekam erst mit 58 Jahren Gelenkrheuma. Die deswegen durchgeführte Gebißsanierung hatte zur Folge, daß das Leiden verschwand und seit 16 Jahren nicht mehr wieder kam. Es muß das als voller Erfolg der Fokalsanierung gewertet werden. Die Frage der Entstehung des Mitralvitiums konnte bei diesem Patienten nicht geklärt werden.

42. K. A., geb. 10. 9. 1910.

Ambulanz: 20.4.1953.

Als Kind Masern und Scharlach. Im Jahre 1929 im Anschluß an eine Angina Gelenkrheuma. Nach 10 Wochen Krankheit wurden die chronisch entzündeten Tonsillen herausoperiert, da sie an dem Gelenkrheuma schuld gewesen seien. 2 Tage später waren die Gelenkschmerzen verschwunden. Seitdem nie mehr Gelenkschmerzen. 1936 und 1940 normaler Partus. 1932 und 1940 Aborte. Sonst noch nie krank gewesen.

Jetzt: Kommt wegen endokriner Störungen.

Diagnose: Praeklimakterische Störungen.

Epikrise: Bei dieser Patientin wurden nach 10 wöchigem Krankenlager die, für die Polyarthrititis verantwortlich gemachten, chronisch entzündeten Mandeln ausgeschält, worauf schon nach 2 Tagen vollständige Beschwerdefreiheit eingetreten war, und seither keine Gelenkschmerzen mehr aufgetreten sind. Die Patientin ist vor 24 Jahren durch die Fokalsanierung geheilt worden.

43. S. H., geb. 4. 8. 1890.

Aufnahme: 21.5.1952.

Einweisungsdiagnose: Muskelrheumatismus und Arthrosis deformans der HWS.

1917 Appendektomie. 1937 akute Polyarthrititis. Die Gelenke beider Beine seien angeschwollen gewesen und sie habe Fieber gehabt. Es wurde deswegen damals die Tonsillektomie durchgeführt, die jedoch keine Besserung brachte. Auch in den folgenden Jahren nur vorübergehende Besserung. Seit 2 - 3 Jahren auch Schmerzen in den Handgelenken.

Jetzt: Immer noch Schmerzen in den Beingelenken. Außerdem jetzt noch Schmerzen in den Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenken. Seit 2 Jahren sehr lästige Schmerzen im Nacken. Beim Drehen des Kopfes verspüre sie ein Knirschen an der Halswirbelsäule. Vor einem halben Jahr wurden deswegen sämtliche Zähne geröntgt, sie seien alle gesund. Keine Herzbeschwerden.

Diagnose: Spondylarthrosis der HWS. Sekundär chronische Polyarthrititis.

Epikrise: Die Patientin wurde vor 15 Jahren während des ersten rheumatischen Schubes tonsillektomiert. Ein Erfolg war dieser Sanierung nicht beschieden, denn auch weiterhin hatte sie unter den Gelenkschmerzen in den Beingelenken zu leiden, zu denen noch Gelenkschmerzen an den oberen Extremitäten hinzukamen.

44. K. A., geb. 3. 1. 1916.

Aufnahme: 27.11.1951.

Einweisungsdiagnose: Vegetative Dystonie.

In der Jugend nicht krank gewesen. 1935 Gelenkrheuma ohne vorausgehende Angina. Im gleichen Jahr wurde wegen des Gelenkrheumas die Tonsillektomie durchgeführt. Später habe sie keine Gelenkschmerzen mehr gehabt. 1939 Pleuritis rechts. 1940 Abrasio, 1948 nochmals Abrasio. 1950 leichte Nierenreizung.

Jetzt: Herzunruhe, Stechen am Herzen, Herzklopfen, Angstgefühle. Leicht erregbar und schnell reizbar. Viel Kopfschmerzen. Nachts keine Beschwerden. Der linke Arm und das linke Bein schlafen manchmal ein. Keine Gelenkschmerzen seit 1935.

Diagnose: Vegetative Dystonie. Herz o.B.

Epikrise: Diese Patientin, die vor ihrer Polyarthritiserkrankung keine Angina hatte, wurde nach Abklingen des ersten rheumatischen Schubes tonsillektomiert. Seit 16 Jahren blieb sie von weiteren Rheumaerkrankungen verschont. Die Fokalsanierung war hier erfolgreich.

45. B. A., geb. 27. 3. 1916.

Aufnahme: 9.5.1953.

Einweisungsdiagnose: Asthma bronchiale.

Vor dem Arbeitsdienst angeblich nie ernstlich krank gewesen. Im Jahre 1937 bei Entwässerungsarbeiten im RAD habe er sich erkältet und Gelenkrheuma bekommen. Er war 5/4 Jahre im Lazarett und habe viele Spritzen und Tabletten bekommen. Wurde arbeitsunfähig aus dem RAD entlassen. Seitdem laufend große Schmerzen an den Gelenken. Vor 2 Jahren wurden wegen der Gelenkschmerzen alle Zähne im Unterkiefer bis auf 6 extrahiert. Auch nun trat keine Besserung ein. Im Jahre 1949 trat im Anschluss an eine Moorbäderkur Asthma auf.

Jetzt: Starke Atemnot. Er bekomme keine Luft. Erstickungsgefühl und Erstickungsanfälle. Schmerzen in den Hand- und Kniegelenken, die zeitweilig geschwollen sind.

Diagnose: Chronische Bronchitis. Sekundär chronische Polyarthrititis.

Epikrise: Bei diesem Patienten, der schon 16 Jahre lang wegen einer Polyarthrititis arbeitsunfähig ist, blieb der, vor 2 Jahren vorgenommene Versuch, durch eine Gebissanierung sein Leiden zu bessern, ergebnislos. Auch das seit 3 Jahren bestehende Bronchialasthma blieb durch die Sanierung unbeeinflusst.

46. S. L., geb. 22. 1. 1914.

Aufnahme: 22.6.1951.

Einweisungsdiagnose: Hepatitis.

Bis 1937 nie ernstlich krank gewesen. In diesem Jahr Gelenkrheumatismus mit chronischer Tonsillitis. Deswegen wurde 1938 die Tonsillektomie durchgeführt. Seitdem hat er keine Gelenkschmerzen mehr gehabt, und ist gesund geblieben.

Jetzt: Vor 14 Tagen Übelkeit, Erbrechen, starker Durchfall, Gelbsucht. Vorher schon einige Wochen auffallend dunkler Urin. Appetitlosigkeit. Seit 2 Tagen Hautjucken.

Diagnose: Hepatitis.

Epikrise: Auch dieser Patient war sofort nach der ersten Erkrankung an Gelenkrheuma tonsillektomiert worden. Er blieb seitdem von einer Wiederkehr dieser Krankheit schon 14 Jahre verschont.

47. B. K., geb. 31. 3. 1898.

Aufnahme: 27.1.1951.

Einweisungsdiagnose: Gelenkrheumatismus.

In der Kindheit angeblich nie krank gewesen. Mit 23 Jahren (1921) erstmals Gelenkrheumatismus. Damals seien die Zähne als Krankheitsursache angeschuldigt worden und deshalb habe man mehrere herausgezogen. Auch danach habe sie immer wieder Gelenkrheuma gehabt. Öfter habe sie auch Nervenentzündung am rechten Arm gehabt, sodaß sie diesen nicht bewegen konnte. Vor 2 Jahren heftige Schmerzen in den Händen und Handgelenken.

Jetzt: Vor 4 Wochen Grippe. Vor 12 Tagen habe sie wieder angefangen zu arbeiten. Am gleichen Tage habe sie jedoch wieder sehr heftige Schmerzen in allen Gelenken bekommen, besonders an den Gelenken des rechten Armes und an beiden Knien. Seit der Grippe viel Durst.

Diagnose: Akute rheumatische Polyarthrititis (Rezidiv). Diabetes mellitus.

Epikrise: Obwohl auch in diesem Falle die Fokalsanierung (Zahnextraktionen) während des ersten Krankheitsschubes erfolgte und zwar vor 30 Jahren, blieb der Erfolg aus, wie die weitere Anamnese und das jetzige Rezidiv zeigt. Ob man wohl bei gleichzeitiger Tonsillektomie mehr erreicht hätte?

48. H. R., geb. 30. 12. 1899.

Aufnahme: 14.3.1953.

Einweisungsdiagnose: Phlegmone rechter Fuß.

Als Kleinkind Masern. Mit 14 Jahren schwere Diphtherie. Danach Sehstörungen und Herzstechen. Letzteres verschwand erst nach einigen Jahren. 1921 schwere Grippe. Im Anschluß daran heftige Kreuzschmerzen und erstmals Rheuma. 1928 nach einer Angina Nierenentzündung und Rheuma in den Hüftgelenken, Ellenbogen und im Kreuz. Die Nierenentzündung sei wieder völlig ausgeheilt. Seit dieser Angina habe sie häufig Halsschmerzen und dabei immer Verschlimmerung ihrer rheumatischen Beschwerden. Seit 1932 keine Angina mehr. 1935 heftiges Rheuma im rechten Knie und rechten Ellenbogen. In den folgenden Jahren öfter Hexenschuß. Wegen der zeitweilig sehr heftigen rheumatischen Schmerzen im rechten Knie, rechten Arm und in der rechten Hand wurde im Jahre 1948 tonsillektomiert. 1/4 Jahr später war das Rheuma im rechten Ellenbogengelenk gebessert, die Beschwerden in den übrigen Gelenken blieben aber unverändert. Da sich 1950 wiederum sehr heftige Schmerzattacken einstellten, wurde nunmehr ein mit einem Granulom behafteter Zahn extrahiert, ohne daß eine Besserung eintrat.

Jetzt: Seit 2 Tagen Entzündung an der 2. Zehe rechts. Seit gestern Schwellung und Rötung des ganzen rechten Fußes mit starken Schmerzen und Klopfen im Fuß. Immer wieder, besonders aber im Sommer heftige Rheumaschmerzen im re. Knie, Fußgelenk, im Kreuz, im re. Arm und in der rechten Hand. Manchmal steifer Hals.

Diagnose: Phlegmone am rechten Fuß, sekundär chronische Polyarthrititis, Osteochondrose der HWS.

Epikrise: Die Patientin hat außer einer Diphtherie recht häufig Anginen gehabt und nach einer solchen eine Nierenentzündung und Gelenkrheuma bekommen. Während die Nierenentzündung auch ohne Fokalsanierung ausheilte, blieb das Gelenkrheuma sowohl durch die vor 5 Jahren durchgeführte Tonsillektomie, wie auch von der Zahnsanierung vor 3 Jahren unbeeinflusst.

49. B. E., geb. 1. 12. 1898.

Aufnahme: 15.6.1953.

Einweisungsdiagnose: Schwere Arthrosis deformans. Früher angeblich nie ernstlich krank gewesen. Sie habe nur häufig Halsentzündungen gehabt. Vor 12 Jahren (1941) erstmals Gelenkrheuma. Deswegen wurde damals in der Universitätsklinik Heidelberg tonsillektomiert und noch 4 Zähne extrahiert. Es trat darauf jedoch keine Besserung ein. Von Oktober 1941 bis Pfingsten 1942 dann nochmals Krankenhausbehandlung wegen der Gelenkbeschwerden. Erst dann war ein einigermaßen erträglicher Zustand eingetreten. In den folgenden Jahren immer wieder mal Verschlimmerung der Gelenkbeschwerden. Seit 5 Jahren außerdem Ischias in den Beinen. Wegen des Gelenkrheumas, das in den letzten Jahren wieder sehr schlimm geworden sei, bekam sie sehr viele Medikamente ohne eine Besserung zu verspüren. Auch eine Cortisonbehandlung sei erfolglos geblieben. Jetzt: Vor 2 Tagen hohes Fieber und seitdem wieder unerträgliche Schmerzen in allen Gelenken mit Gelenkschwellungen. Diagnose: Sekundär chronische Polyarthrit. Arthrosis deformans.

Epikrise: Bei dieser Patientin, die früher häufig Anginen hatte, wurden vor 12 Jahren wegen einer schweren Polyarthrit. die Tonsillektomie und gleichzeitig noch eine Gebissanierung durchgeführt. Die Fokalsanierung blieb jedoch ohne jeden Einfluß auf den weiteren Verlauf des Leidens, das zu schweren Gelenkdeformierungen geführt hat.

50. S. K., geb. 31. 5. 1907.

Aufnahme: 2.6.1953.

Einweisungsdiagnose: Hyperthyreose, Polyarthrit. Mit 28 Jahren hochfieberhafte Angina. In der Folgezeit öfter Halsschmerzen. Mit 38 Jahren (1945) offenbar Erythema nodosum, 6 wöchiges Krankenlager. Danach Gelenkrheuma mit Schwellung und Bewegungsunfähigkeit der Gelenke. Wegen des Gelenkrheumas wurden damals alle Zähne bis auf die unteren Schneidezähne extrahiert. Es trat hierauf keine Besserung ein. Im nächsten Jahr (1946) mußte sie wegen der Gelenkschmerzen 3 Monate im Bett liegen. Auch in den folgenden Jahren immer wieder heftige Gelenkschmerzen, die sie oft arbeitsunfähig machten. 1929 und 1938 normale Geburten. Jetzt: Unregelmäßiger Herzschlag, zeitweise Herzrasen. Brustenge. Krampfartige Schmerzen in der Herzgegend. Zeitweilige Knöchelödeme. Scheitelkopfschmerzen. Schwindelgefühle. Leicht erregbar. Stuhlgang täglich ohne Abführmittel. Schmerzen in den Hand-, Finger- und Fußgelenken mit Schwellungen.

Diagnose: Hyperthyreose. Chronischer Gelenkrheumatismus.

Epikrise: Nach vorausgegangenen öfteren Halsentzündungen trat bei dieser Frau zuerst ein Erythema nodosum und dann eine Polyarthrit. auf. Trotz ausgiebiger Gebissanierung vor 8 Jahren, die zu Beginn des Leidens durchgeführt wurde, besteht der Gelenkrheumatismus in wechselnder Intensität bis heute und hat bereits zu einer Deformierung der Fingergelenke geführt.

51. R. A., 20. 8. 1920.

Aufnahme: 14.9.1953.

Einweisungsdiagnose: Nephritis - Nephrose.

Mit 8 Jahren Gelenkrheuma, das vollständig ausheilte. Während seiner Tätigkeit als Kraftfahrer während des letzten Krieges habe er wieder Gelenkrheuma bekommen in den Schulter- und Ellenbogengelenken. Seit fünf Jahren habe er häufig Anginen, sodaß er deswegen jährlich etwa 2 Monate krank feiern müsse. Während der Anginen seien die Gelenkbeschwerden schlimmer als zu den sonstigen Zeiten. Vor 2 Jahren wurde nun vom Hausarzt eine chronische Tonsillitis festgestellt und diese als der Rheumaherd angeschuldigt. Deswegen ließ der Patient noch im gleichen Jahre (1951) die Mandeln ausschälen. Gleichzeitig wurden 3 herdverdächtige Zähne extrahiert. Seit der Sanierung habe er nun keine Anginen mehr gehabt und die Gelenkschmerzen in der Schulter und in den Ellenbogen sind verschwunden.

Jetzt: Seit mehreren Wochen habe er jetzt Kreuzschmerzen, die immer schlimmer werden. Die Schmerzen ziehen und nagen an einer Stelle. Es bestehen keine Ausstrahlungen. Die Schmerzen sind immer da. Wenn er längere Zeit ruhig liegt, werden sie schlimmer, sodaß er seine Haltung ändern muß. Er habe schon mehrere Jahre beobachtet, daß beim Liegen auf dem Rücken oder auf der linken Seite ein Reifgefühl um die Brust auftritt und sich dabei manchmal eine Herzbeklemmung einstellt. Bei Lagewechsel verschwinden diese Sensationen sofort. Auch durch die Tonsillektomie und durch die Gebißsanierung wurde dieser Zustand nicht verändert. Da jetzt seine Kreuzschmerzen schlimmer wurden und auch die eben genannten Beschwerden zunahmen, ging er wieder zum Arzt, der seinen Urin untersuchte und eine Nierenerkrankung feststellte. Diagnose: Osteochondrose der gesamten WS. Nierenfunktion und Urin o.B.

Epikrise: Dieser Patient hatte vor 25 Jahren Gelenkrheuma, das offenbar vollständig ausheilte. Während seiner Tätigkeit als Kraftfahrer bekam er viele Jahre später wieder "Gelenkrheuma" in den Schulter- und Ellenbogengelenken, das bei Anginen immer schlimmer wurde. Nach der Fokalsanierung verschwanden Rheuma und Anginen (vor 2 Jahren Tonsillektomie und Zahnsanierung). Bei Würdigung der jetzigen Anamnese und der Diagnose liegt es sehr nahe, das damalige "Gelenkrheuma" in den Schultergelenken und in den Ellenbogen ebenfalls als vertebralbedingtes Krankheitsbild anzusehen.

52. W. T., geb. 11. 3. 1913.

Aufnahme: 2.9.1953.

Einweisungsdiagnose: z.B. Haematome.

Früher nie ernstlich krank gewesen. Periode immer regelmäßig. 1944 und 1947 normale Geburt. Seit 1937 Rheuma in den Gelenken. Zuerst seien Schwellungen und Schmerzen an den Kniegelenken aufgetreten. Die Kniegelenke seien öfter punktiert worden; das Punktat sei immer klar gewesen. Am Anfang habe sie nur ganz geringfügige Schmerzen gehabt. Im Jahre 1937 seien auch einmal die Handgelenke angeschwollen gewesen. Die Kniegelenkschwellungen seien immer wieder in kürzeren oder längeren Abständen aufgetreten, ohne erkennbare Ursache. Mit der Zeit seien die Schwellungen dann immer vor der Periode gekommen und nach derselben wieder abgeklungen. Mit Beginn der ersten Schwangerschaft verschwanden sie vollständig, um erst nach der Entbindung mit dem Einsetzen der ersten

Regelblutung wiederzukehren. Zu Beginn der 2. Gravidität seien die Schwellungen an den Kniegelenken schmerzhafter geworden. Mit fortschreitender Gravidität blieben die Schwellungen auch diesmal aus, um nach Einsetzen der Menses wieder zu kommen. Wegen dieser Erkrankung, die zunächst kaum schmerzhaft war, wurden erstmals 1940 etliche Zähne extrahiert. Mit Stärkerwerden der Schmerzen erfolgten dann immer mehr Zahnextraktionen, bis 1951 der letzte Zahn gezogen war. Seit dem Jahre 1938 konnte sie nicht mehr in die Hocke gehen, weil dann immer heftige Schmerzen in den Kniegelenken auftraten. Seit einem Jahr habe sie auch Schmerzen in der linken Schulter und häufig Schwellungen an den Handgelenken mit zeitweise heftigen Schmerzen. Die Schwellungen an den Handgelenken waren von Anfang an schmerzhaft. Vor 6 Jahren und vor einem Jahr Rö-Bestrahlung der Kniegelenke, die erfolglos war. Die Ärzte hätten geglaubt, daß es sich um Gelenkrheuma handle. Bei Erregungen, sei es aus freudigen oder traurigen Anlässen, seien ebenfalls immer Gelenkschwellungen aufgetreten. - Die Knie sind in den letzten Jahren etwas unbeweglicher geworden. Sie habe viele Medikamente genommen, zuletzt Irgapyrin, aber keines habe ihr geholfen. Seit einem halben Jahr habe sie nun nichts mehr eingenommen, weil die Schmerzen so und so die gleichen sind. Jetzt: Seit 14 Tagen nach einer Erkältung seien überall am ganzen Körper Blutflecken aufgetreten. Seit heute Hals - schmerzen. Schmerzen in den Knie-, Hand- und Schultergelenken, die besonders vor der Periode sehr quälend seien. Diagnose: Leukämie. Chronische unspezifische Synovitis? Epikrise: Bei dieser Patientin, deren Gelenkrheuma sicherlich mit einer rheumatischen Polyarthrititis nichts zu tun hat, wurden im Verlauf von 12 Jahren sämtliche Zähne extrahiert. Eine Beeinflussung des Leidens, dessen Abhängigkeit von den Menstruationsvorgängen offensichtlich ist, wurde durch diese Maßnahmen nicht erzielt.

53. W. K., geb. 3. 6. 1907.

Aufnahme: 12.11.1952.

Einweisungsdiagnose: Asthmoide Bronchitis.

Als Kleinkind Scharlach. Vor 23 Jahren ein Partus. 1940 Unterleibsoperation und Appendektomie. 1946 Gelenkrheumatismus.

Während eines zweimonatigen Krankenhausaufenthaltes wurden damals deswegen sämtliche Zähne gezogen. Es trat eine gewisse Besserung ein, aber die Gelenksbeschwerden verschwanden nie vollkommen und sind manchmal in den späteren Jahren sehr unangenehm gewesen. 1949 Lungen- und Rippenfellentzündung. Sie war 6 Monate im Krankenhaus, da man eine geschlossene Lungentuberkulose annahm.

Mit 23 Jahren die ersten Asthmaanfälle. Im Winter brauche sie wöchentlich etwa 1 - 2 Asthmolysinspritzen.

Jetzt: Stechende Schmerzen in der rechten Brustseite, die nach der Wirbelsäule zu ausstrahlen und nach Bewegungen schlimmer werden. Atemnot. Reiben und ein elektrisierendes Gefühl in den Kniegelenken. Schmerzen in Knie-, Hand- und Ellenbogengelenken.

Diagnose: Subchronischer Gelenkrheumatismus. Spondylarthrosis deformans der HWS. Bronchialasthma. Inaktive Obergeschoß-tuberkulose links.

Epikrise: Bei der Patientin wurde wegen einer Polyarthrititis vor 6 Jahren eine radikale Gebißsanierung durchgeführt. Es trat wohl danach eine Besserung ein, aber die Krankheit

konnte nicht völlig zum Verschwinden gebracht werden und belästigt die Frau auch jetzt noch in erheblichem Maße.

54. P. W., geb. 7. 5. 1910.

Aufnahme: 18.1.1953.

Einweisungsdiagnose: Appendicitis akuta.

In früheren Jahren häufig Anginen mit nachfolgendem Gelenkrheuma. Deswegen im Jahre 1943 Tonsillektomie. Danach hätten sich die Gelenkbeschwerden zunächst gebessert und es sei keine Angina mehr aufgetreten. Bei Erkältungen habe sie aber auch in den folgenden Jahren immer wieder Gelenkschmerzen gehabt. Seit einem Jahr manchmal Magenschmerzen.

Jetzt: Heute Mittag plötzlich um 14 Uhr starke Magenschmerzen zunächst mit Ausstrahlung in den rechten Unterbauch, später aber im ganzen Leib. Die Schmerzen wurden immer heftiger. Es trat Brechreiz auf.

Diagnose: Magenperforation, Peritonitis. Exitus am 15.2.1953.

Epikrise: Der Patient, der im Anschluß an Anginen Gelenkrheuma bekam, das immer wieder rezidierte, wurde deswegen vor 10 Jahren tonsillektomiert. Wohl trat danach keine Angina mehr auf, doch kehrten die Gelenkbeschwerden bei Erkältungen immer wieder.

55. N. S., geb. 30. 8. 1932.

Aufnahme: 12.3.1953.

Einweisungsdiagnose: Erschöpfung.

Als Schulkind Masern. Mittelohreiterung vom 2.-15. Lebensjahr. Trägt Lese- und Fernbrille. Mit 9 Jahren Schwellung des linken Knies (1942), keine Temperatur, keine Schmerzen, keine Schienenlagerung. Mit 12 Jahren Schwellung des rechten Knies und des rechten Ellenbogens ebenfalls ohne Schmerzen und Fieber. Mit 14 Jahren die gleichen Erscheinungen. Mit 17 Jahren erhebliche Schwellung der Kieferwinkeldrüsen mit Fieber und Gelenkschmerzen. Sie war deswegen mit 18 Jahren im Sanatorium. Im gleichen Jahr (vor 3 Jahren) Behandlung in der Universitätsklinik Heidelberg wegen der Gelenkschmerzen. Nach Salicylgaben Besserung der Gelenkschmerzen. In Heidelberg sei ein Röntgen-Zahnstatus gemacht worden. Vor 1 Jahr Lungenentzündung. Danach Mastitis, die inzidiert werden mußte. Vor einem Jahr wegen der immer wieder auftretenden Gelenkschmerzen - keine Schwellungen mehr - Tonsillektomie. Bis jetzt sei keine Besserung der Gelenkschmerzen, die besonders im rechten Hüftgelenk sehr häufig seien, eingetreten. Jetzt: Gelenkschmerzen im Bereich des rechten Hüftgelenks. Seit 1/2 Jahr Übelkeit ca. 2 Stunden nach den Mahlzeiten. Übelkeit auch nach Anstrengungen. Keine Gewichtsabnahme. Obstipation. Schlaf schlecht. Wegen der Gelenkschmerzen konnte sie das Abitur nicht machen. Keine beruflichen Interessen.

Diagnose: Zum Ausschluß eines Gelenkrheumas. Neurose?

Epikrise: Die Patientin, die offenbar mehrere Schübe eines primär chronischen Gelenkrheumatismus durchgemacht hat, wurde deswegen vor einem Jahr tonsillektomiert. Eine Besserung der Beschwerden trat nach Angabe des psychisch infantilen Mädchens nicht ein. Da zur Zeit keine objektiv fassbaren Symptome für einen frischen Schub zu finden sind, muß man wohl annehmen, daß die Klagen über die Hüftgelenkschmerzen ebenso wie die Verdauungsbeschwerden ein Versuch sind, den Schwierigkeiten des Lebens zu entfliehen. Eine Erfolgsbeurteilung ist hier sehr schwierig.

56. G. H., geb. 20. 11. 1903.

Aufnahme: 6.6.1953.

Einweisungsdiagnose: Pectanginöse Beschwerden.

Früher nie ernstlich krank gewesen. Vor einem Jahr wegen Gallenkolik im Krankenhaus. Kurze Zeit nach der Entlassung habe sie an beiden Kniegelenken Rheuma bekommen. Nach Zahn-sanierung (mehrere Extraktionen) wurde eine Bäderbehandlung durchgeführt, die langsam Besserung der Gelenkschmerzen brachte. Sie habe auch jetzt noch immer wieder Kniegelenk-schmerzen, die jeweils nach einigen Moorbädern und Massage wieder verschwinden.

Jetzt: Seit etwa einem Jahr Unruhe am Herzen, Atemnot und Schwindel bei Anstrengungen und Aufregungen. Heute auf der Heimfahrt vom Betriebsausflug plötzlich Beklemmungsgefühl, Schweißausbruch, Übelkeit, Angstgefühl am Herzen.

Diagnose: Angina pectoris vasomotorica. Vegetative Dystonie.

Arthrosis deformans in den Kniegelenken.

Epikrise: Bei diesem Patienten, bei dem wegen Kniegelenk-rheuma vor einem Jahr eine Gebißsanierung durchgeführt wurde, trat nach anschließender Bäderbehandlung eine Besserung ein. Später kamen die Beschwerden jedoch wieder und waren jedesmal durch physikalische Behandlung gut zu beeinflussen. Der Gebißsanierung kann hier kein Erfolg zugeschrieben werden.

57. P. A., geb. 12. 6. 1911.

Aufnahme: 11.9.1953.

Einweisungsdiagnose: Chronische Gastritis.

Seit 20 Jahren häufig Halsentzündungen. 1942 Haemorrhoiden-operation. 1943 Feldnephritis und seit dem gleichen Jahr rheumatische Schmerzen in den Hand-, Ellenbogen- und Knie-gelenken. 1944 Verwundung am linken Unterschenkel. Seit 1947 Magen- und Herzbeschwerden. Wegen des Gelenkrheumas im Jahre 1951 Zahnsanierung. Es wurden 15 Zähne extrahiert, die Gelenkbeschwerden blieben jedoch unverändert. 1952 Cystopyelitis. Da zur gleichen Zeit auch wieder heftige Gelenkbeschwerden bestanden, wurde während der stationären Behandlung tonsillektomiert. Die Gelenkschmerzen blieben un-beeinflußt.

Jetzt: Seit 1951 Magenbeschwerden, Druckgefühl in der Magen-gegend meist nach dem Essen. Nachts selten Schmerzen. Kein Sodbrennen, kein Aufstoßen. Gewichtsabnahme, Übelkeit. Wechselnd Durchfälle und Obstipation. Die Schmerzen strahlen zum Unterleib. Manchmal auch Schmerzen im Kreuz, die nach vorne in den Magen ziehen. Verträgt kein Fett und keine Hülsenfrüchte. Bei Anstrengungen Stechen am Herzen. Atemnot bei Belastung. Zeitweilige Schmerzen in den Finger-, Hand- und Ellenbogengelenken.

Diagnose: Gastroduodenitis. Osteochondrose und Spondylosis deformans der HWS und BWS. Vegetative Dystonie.

Epikrise: Dieser Patient hatte seit 20 Jahren häufig Anginen und seit 10 Jahren polyarthritische Gelenkbeschwerden. Vor 2 Jahren wurden wegen seiner Schmerzen 15 Zähne extrahiert und vor einem Jahr die Tonsillen ektomiert. Durch beide Sa-nierungsmaßnahmen wurden seine Gelenkschmerzen jedoch nicht beeinflußt.

Tabellarische Übersicht.

Nr.	Ein- griff	Jahre seit Sanierung	Erfolg Mißerfolg	= + = -	Untersuchung wegen anderer Krankheit gleicher "	= a = g
35	T	26	-		a	
36	T	3	+		a	
37	Z	29	-		a	
38	T	2	+		a	
39	T	2	-		g	
40	T	27	-		a	
41	Z	16	+		a	
42	T	24	+		a	
43	T	15	-		g	
44	T	16	+		a	
45	Z	2	-		a	
46	T	13	+		a	
47	Z	30	-		g	
48	T/Z	5 u. 3	-		a	
49	TZ	12	-		g	
50	Z	8	-		g	
51	TZ	2	+		a	
52	Z/Z	13 bis 2	-		a	
53	Z	6	-		g	
54	T	10	-		a	
55	T	1	-		g	
56	Z	1	-		a	
57	Z/T	2 u. 1	-		a	

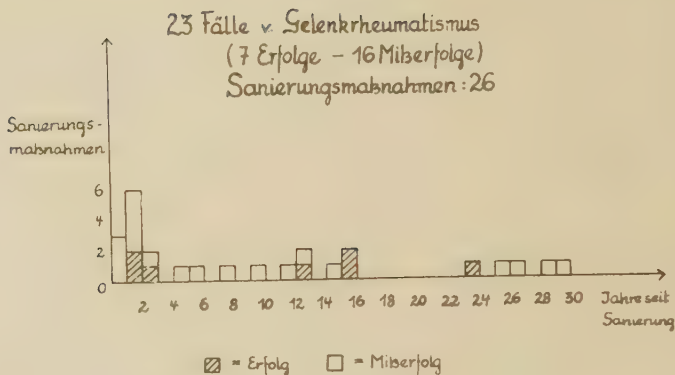
11 Tonsillektomien (T), 7 Zahnsanierungen (Z), 2 Tonsillektomien und Zahnsanierungen gleichzeitig (TZ), 2 Tonsillektomien und Zahn-
sanierung in mindestens 1 jährigem Abstand (T/Z), 1 mehrmalige
Zahnsanierung (Z/Z).

Bei 23 Patienten wurden wegen Gelenkrheumatismus insgesamt 26
Sanierungsmaßnahmen durchgeführt, von denen 7 erfolgreich und
20 ohne Erfolg blieben, das heißt, es wurden 7 Personen von ih-
rem Leiden befreit und bei 16 blieb die Krankheit unbeeinflusst.

Untersucht wegen der gleichen Krankheit wurden 7 Personen. Bei
ihnen waren die Sanierungsmaßnahmen alle ohne Erfolg.

Untersucht wegen anderer Erkrankungen wurden 16 Personen, von de-
nen 7 mit Erfolg saniert worden waren.

Die Zeitspanne seit der Sanierung beträgt 1 - 30 Jahre. Die
längste Erfolgsdauer ist 24 Jahre.



Wie aus der vorausgehenden Tabelle ersichtlich ist, wurden von den, wegen Gelenkrheumatismus sanierten 23 Patienten 11 tonsillektomiert und bei 7 eine Gebißsanierung vorgenommen. In 2 Fällen erfolgte Tonsillektomie und Zahnbehandlung gleichzeitig, zweimal wurde die Mandelausschälung und die Gebißsanierung in mindestens einjährigem Abstand voneinander durchgeführt und eine Patientin opferte innerhalb von 11 Jahren ihre sämtlichen Zähne. Die Sanierungsmaßnahmen liegen, von der jetzigen Befragung aus gesehen, 1 bis 30 Jahre zurück. Sieben Personen konnten in dieser Gruppe von ihrem Leiden völlig geheilt werden. Die Dauer der Beschwerdefreiheit liegt zwischen 1 und 24 Jahren. - Besonders zu erwähnen ist Fall Nr. 36, bei dem eine, bereits 13 Jahre bestehende, fast jährlich aufflackernde Polyarthrititis jetzt, 3 Jahre nach der Tonsillektomie geheilt ist. Bei Patient Nr. 38 wurde nach dem ersten Krankheitsschub saniert; es kam noch zweimal zu einem leichten Aufflackern der Beschwerden; seit 2 Jahren ist er beschwerdefrei. Auch in vier weiteren Fällen (Nr. 41, 42, 44 und 46) war die Sanierung gleich nach dem ersten Krankheitsschub durchgeführt worden; es besteht nunmehr seit 16 Jahren (Nr. 41 und Nr. 44), beziehungsweise seit 24 Jahren (Nr. 42) und seit 13 Jahren (Nr. 46) völlige Beschwerdefreiheit. Bei dem siebten geheilten Patienten (Nr. 51) erscheint retrospektiv die Diagnose Gelenkrheuma im Schulter- und Ellenbogengelenk sehr problematisch, besonders im Hinblick auf die

vom Patienten angegebenen Umstände der Entstehung der Erkrankung und der, jetzt 2 Jahre nach der Sanierung festgestellten Osteochondrose der Wirbelsäule. Könnte es sich nicht damals um ein HWS-Syndrom im Sinne einer Periarthritis humeroscapularis beziehungsweise um eine Epicondylitis gehandelt haben? Unter diesen Umständen bleibt die Frage offen, ob der Sanierungseffekt nicht etwa auch durch eine Streckzugbehandlung oder ein Repositionsmannöver an der Halswirbelsäule ohne Tonsillenentfernung und ohne Zahnextraktion erreicht worden wäre. Daß solche Erfolge dieser Behandlungsarten möglich sind, ist wohl ebenso bekannt, wie die Tatsache, die einem aufmerksamen Beobachter nicht entgehen wird, daß sowohl bei der Tonsillektomie, als auch besonders bei der Zahnextraktion und der konservativen Zahnbehandlung an die Statik der Halswirbelsäule nicht alltägliche Anforderungen gestellt werden. (Man erinnere sich nur an die oft so verkrampte Körperhaltung beim Bohren und beim Festdrücken von Zahnfüllungen).

Die Erfolge der frühzeitigen Herdentfernung, wie sie die Fälle Nr. 38, 41, 42, 44 und 46 boten, konnten bei den Patienten Nr. 43 und 47 nicht erzielt werden. Im Falle Nr. 43 blieb die, während des ersten polyarthritischen Schubes durchgeführte Sanierung wirkungslos. Ebenso hat die Patientin Nr. 47 trotz sofortiger Sanierung seit 30 Jahren immer wieder rheumatische Schübe. Der Patient Nr. 35 war wohl einige Zeit nach der Tonsillektomie beschwerdefrei, doch traten ein Jahr später Herzbeschwerden auf und nach 7 Jahren und in der Folgezeit noch öfter stellten sich polyarthritische Schübe ein. Es sei hier nochmals darauf hingewiesen, wie ungeheuer wichtig es ist, bei der Beurteilung der Ergebnisse der Sanierung nicht nur den Soforteffekt zu registrieren, sondern einen möglichst langen Lebensabschnitt nach der Sanierung zu überblicken und für die Ergebnismwertung heranzuziehen. - Im Falle Nr. 37 blieb das Rheuma-leiden unbeeinflusst und in einem weiteren Fall (Nr. 39) brachte nicht die Fokalsanierung die angestrebte Besserung, sondern erst später die physikalische und medikamentöse Behandlung. Die Patientin bleibt jedoch, wie auch im Fall Nr. 40 und 45 nicht von ihrer Krankheit befreit; immer wieder treten Rezidive auf. Bei der Patientin Nr. 48 wurden, nach längerem Bestehen der polyarthritischen Beschwerden, die Schmerzen in einem Gelenk durch die Tonsillektomie gebessert, während sie in den übrigen betroffenen Gelenken, auch durch eine zweite Sanierung nicht beseitigt werden konnten. Völlig unbeeinflusst blieb auch der Krankheitsverlauf in den Fäl-

len Nr. 49 und 50, obwohl einmal die Tonsillen und vier Zähne und bei der anderen Kranken fast sämtliche Zähne entfernt wurden. Daß es sich im Falle Nr. 52 mit seinen wiederholten erfolglosen Sanierungen, denen sämtliche Zähne zum Opfer fielen, nicht um eine Polyarthrititis, sondern um eine Gelenkerkrankung anderer Genese handelte, ist nicht zu bezweifeln. Obwohl sich bei den Fällen Nr. 53 und 54 eine Besserung der Gelenkbeschwerden nach der Sanierung findet, ist eine Heilung nicht festzustellen, denn die Schmerzen verschwanden nie vollständig. Durch Salicylstöße war das Gelenkleiden der psychisch infantilen Patientin Nr. 56 zwar zu bessern, doch der später durchgeführten Tonsillektomie blieb der Erfolg versagt, der sich eventuell bei geschickter seelischer Führung eingestellt hätte. Auch in den beiden nächsten Fällen (Nr. 56 und 57) waren die Gelenkbeschwerden durch die Fokalsanierung nicht zu beseitigen. Bemerkenswert ist, daß wohl bei einer ganzen Anzahl dieser Polyarthritiker nach dem Sanierungseingriff eine Besserung eintrat, es aber immer wieder zu Rezidiven in längeren oder kürzeren Abständen kam.

IV. Gelenkleiden (degenerativ). (4 Fälle)

58. K. G., geb. 4. 8. 1936.

Aufnahme: 9.8.51.

Einweisungsdiagnose: Arthritis im Bereich der Fingergelenke. Angeblich nie ernstlich krank gewesen. Im Jahre 1949 zweimal Halsentzündung.

Jetzt: Bei Bewegung der Finger der rechten Hand, besonders bei der Arbeit, treten Schmerzen in den Fingergelenken auf, die einen ziehenden Charakter haben. Die Beschwerden sind rechts stärker als links. Seit einiger Zeit kann sie die Faust nicht mehr schließen. Arbeitet als Nopperin (Flöckchenzupfen mit Pinzette).

Diagnose: Chronische Arthritis der Fingergelenke rechts. Während der stat. Behandlung wurden 2 Zähne als Fokus angesprochen und deswegen extrahiert. Da keine Besserung eintrat, erfolgte nun Behandlung mit Salicylamid und Irgapyrin, sowie Salhuminbäder und Fangopackungen. Eine Abschwellung der Gelenke konnte erreicht werden, jedoch keine freie Beweglichkeit derselben. Arbeitsplatzwechsel wurde angeraten.

Neuaufnahme am 1.10.1952 zur Tonsillektomie wegen der gleichen Beschwerden. Der Lokalbefund war der gleiche wie vor einem Jahr. Arbeitsplatzwechsel war nicht erfolgt.

Rückfrage: 12.11.1953. Keine Besserung seit der Tonsillektomie. Die Fingergelenke sind inzwischen noch dicker geworden. Arbeitsplatzwechsel war wegen der guten Bezahlung immer noch nicht erfolgt.

Epikrise: An den Fingergelenken der noch sehr jugendlichen Patientin war es wahrscheinlich durch Überbeanspruchung zu arthritischen Erscheinungen gekommen. Durch Gebißsanierung war keine Besserung erzielt worden, erst durch medikamentöse und physikalische Behandlung bei Schonung der Gelenke, trat eine gewisse Beschwerdefreiheit ein. Da ein Arbeitsplatzwechsel nicht vorgenommen wurde, kam es wieder zur Verschlimmerung, und es wurde deswegen ein Jahr nach der Zahn-sanierung zusätzlich tonsillektomiert. Der Erfolg war ebenfalls negativ. Ein Jahr nach der zweiten Sanierung gab die Patientin an, daß die Fingergelenke noch dicker geworden seien. Ein Arbeitsplatzwechsel war wegen der guten Bezahlung immer noch nicht vorgenommen worden.

59. K. E., geb. 15. 1. 1886.

Aufnahme: 14.8.1953.

Einweisungsdiagnose: Verdauungsstörungen, Gewichtsverlust. Mit 13 Jahren Menarche, 10 Geburten, mit 42 Jahren Menopause. Mit 17 Jahren Bleichsucht. 1920 Eierstockentzündung. 1921 Herzneurose. 1930 sei in der rechten Flanke eine faustgroße Geschwulst wegoperiert worden. 1947 stationäre Behandlung wegen Angina pectoris. Desgleichen 1950 wegen Herzmuskelschwäche. Im selben Jahr Gallenblasenerkrankung mit Koliken. Vor 2 Jahren traten Beschwerden in den Fußgelenken auf. Es sei eine Arthritis festgestellt worden. Als Ursache wurden vom Arzt 4 Zähne angeschuldigt, an denen sich Granulome befanden. Die Zähne wurden gezogen. Es trat jedoch keine Besserung der Schmerzen ein.

Jetzt: Seit 1/4 Jahr Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme von etwa 15 kg. Stuhldrang aber trotzdem obstipiert. Bei der Defäkation heftige Leibscherzen. Ständiger Brechreiz. Viel Blähungen. Schmerzen im Leib ziehen zur rechten Leiste. Viel Durst. Sie könne kaum stehen wegen der starken Schmerzen in

den Fußgelenken.

Diagnose: Carcinomatöse Aussaat im gesamten Bauchbereich, Myocardschädigung. Arthrosis deformans der Sprunggelenke.

Epikrise: Bei dieser Patientin waren vor 2 Jahren im Alter von 65 Jahren an beiden Sprunggelenken Schmerzen aufgetreten, deren Ursache sich als eine Arthrosis deformans herausstellte. Die sofortige Extraktion von 4 Zähnen beeinflusst das Leiden nicht im geringsten.

60. G. W., geb. 21. 2. 1931.

Aufnahme: 10.3.1952.

Einweisungsdiagnose: Endokrine Fettsucht.

Als Kind Masern und Diphtherie. Seit einigen Jahren häufig Halsentzündungen. Davon habe sie ein dickes Knie links bekommen, das bei Anstrengungen immer sehr schmerze. Deswegen wurde vor einem Jahr tonsillektomiert. Nach dem Eingriff keine Halsentzündungen mehr. Die Beschwerden im linken Knie bestehen noch unvermindert fort. - Vor 2 Jahren sei der Hals dick geworden. Durch Behandlung mit Tabletten sei der Kropf wieder zurückgegangen.

Jetzt: Seit der Kropf zurückgehe, werde sie immer dicker. In den letzten Wochen starke Stirnkopfschmerzen. Sie friert sehr viel. Laufend Gewichtszunahme. Schon nach kurzem Gehen starke Schmerzen im li. Knie.

Diagnose: Endogene Fettsucht. Am li. Knie beginnende

Arthrosis deformans.

Epikrise: Die Patientin, die wegen einer endogenen Fettsucht in Behandlung kam, gab an, daß seit dem Auftreten von Halsentzündungen Schmerzen am linken Knie aufgetreten seien. Die deswegen durchgeführte Tonsillektomie vor einem Jahr beseitigte zwar die Anginen, aber die erwartete Wirkung auf das Kniegelenk blieb aus.

61. O. H., geb. 27. 6. 1906.

Aufnahme: 12.8.1954.

Früher nie ernstlich krank gewesen. Seit 1945 Schmerzen im linken Sprunggelenk, linken Hand- und rechten Ellenbogengelenk. Vor 3 Jahren war wegen dieser Gelenksbeschwerden eine Bäderkur durchgeführt worden. Im gleichen Jahr wurden sämtliche Zähne des Oberkiefers extrahiert, da man annahm, die Gelenkerkrankung würde von den Zähnen unterhalten. Die Gelenksbeschwerden blieben jedoch durch diese Maßnahme völlig unbeeinflusst. Vor einem halben Jahr Kur im Moorbad, die etwas Linderung brachte, sodaß er nun in beschränktem Umfange wieder arbeiten kann. Im Laufe des letzten Jahres sei das linke Fußgelenk und das rechte Ellenbogengelenk steif geworden.

Jetzt: Schmerzen im linken Fußgelenk und im rechten Ellenbogengelenk, die bei Witterungswechsel sehr unangenehm werden. Außerdem in der letzten Zeit Schmerzen im Rücken und im Kreuz.

Diagnose: Osteochondrose der HWS und LWS. Arthrosis deformans des linken Sprunggelenks und rechten Ellenbogengelenks mit Teilversteifung.

Epikrise: Bei dem Patienten, der sich an keine frühere Erkrankung erinnern konnte, besteht seit einigen Jahren eine Arthrosis deformans des linken Sprung- und rechten Ellenbogengelenks. Vor 3 Jahren wurde wegen dieser Beschwerden eine Gebissanierung größeren Ausmaßes durchgeführt. Die Zahnsanierung blieb jedoch auf den weiteren Verlauf ohne jeden Einfluß.

Tabellarische Übersicht

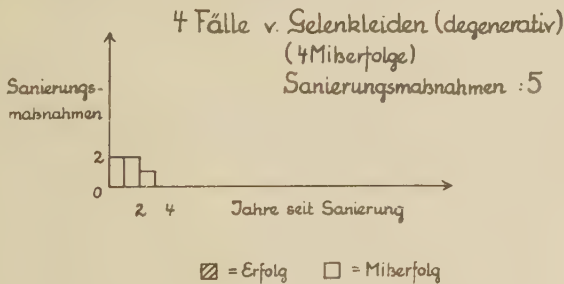
Nr.	Ein- griff	Jahre seit Sanierung	Erfolg Mißerfolg	= + = -	Untersuchung wegen anderer Krankheit gleicher " "	= a = g
58	Z/1	2 u. 1	-		g	
59	Z	2	-		a	
60	T	1	-		a	
61	Z	3	-		g	

1 Tonsillektomie (T), 2 Zahnsanierungen (Z), 1 Tonsillektomie und Zahnsanierung in einjährigem Abstand (Z/T).

Bei 4 Patienten wurden wegen vorwiegend degenerativen Gelenkerkrankungen 5 Sanierungsmaßnahmen durchgeführt, von denen keine einen Erfolg zeitigte.

Untersucht wegen der gleichen Krankheit wurden 2 Personen und wegen anderer Krankheiten ebenfalls 2.

Die Zeitspanne seit der Sanierung beträgt 1 - 3 Jahre.



In dieser kleinen Gruppe wurden die Patienten zusammengefaßt, bei denen es sich nach der Anamnese um nicht primär entzündliche, sondern eher um degenerative Gelenkerkrankungen handelte. In den vier Fällen, von denen keiner Heilung fand, war einmal tonsillektomiert und zweimal das Gebiß saniert worden. Bei einer Patientin wurden zuerst 2 Zähne extrahiert und ein Jahr später die Tonsillen ausgeschält. Gerade bei dieser noch sehr jugendlichen Kranken (Nr. 58) trifft die Arbeit mit der Pinzette als Nopperin wahrscheinlich eine weit größere "Schuld" an der Entstehung und Unterhaltung der Fingergelenkschmerzen und -schwellungen, als die bei der ersten Herdsuche gefundenen cariösen Zähne und die später festgestellte Tonsillitis. Auch bei der wesentlich älteren Frau (Fall Nr. 59) brachte das Opfer von 4 Zähnen, an deren Wurzeln sich Herde befanden, keine Befreiung von

ihren Schmerzen, die eine Arthrosis deformans beider Sprunggelenke verursachte. Bei der Patientin Nr. 60, die erstmals nach einer Angina Kniegelenksschmerzen bekam, hätte man eigentlich ein Verschwinden derselben nach der Tonsillektomie erwarten dürfen; doch während die Anginen sie nunmehr verschonten, blieben die Schmerzen im linken Kniegelenk unverändert weiterbestehen. Nach der Extraktion sämtlicher Oberkieferzähne war im Falle Nr. 61 ebenfalls keine Besserung der arthrotischen Beschwerden eingetreten.

V. Ischias - Lumbago - Rheuma. (18 Fälle)

62. W. F., geb. 7. 2. 1917.

Ambulanz: 15.8.1954.

Als Kind Masern und Scharlach. Mit 10 Jahren Tonsillektomie wegen übergroßer Tonsillen, die die Atmung behinderten. Später nie ernstlich krank gewesen. War bis zur Verheiratung als Büroangestellte tätig. Nach der Verheiratung habe sie im Anschluß an den ersten häuslichen Waschtage erstmals Ischias im linken Bein bekommen. Sie mußte mehrere Wochen im Bett liegen. Von nun an habe sie jedesmal nach der großen Wäsche wegen der immer wieder auftretenden Ischiasschmerzen, die bald links, bald rechts gekommen seien, mehrere Tage im Bett liegen müssen. Deswegen wurde im Jahre 1949 (vor 5 Jahren) eine radikale Gebißsanierung durchgeführt und dabei alle Zähne, die zum Teil sehr schlecht gewesen seien, gezogen. Aber nach der Gebißsanierung sei beim nächsten Waschtage wiederum ein sehr heftiger Ischiasschmerz links aufgetreten, sodaß sie wiederum wochenlang nicht laufen konnte. Auch in den folgenden Jahren habe sie immer wieder ihre Ischiasattacken gehabt, die später auch bei der Gartenarbeit gekommen seien.

Jetzt: Seit 2 Tagen wieder heftigste Ischiasschmerzen links mit Ausstrahlungen ins linke Bein. Beim Gehen, Husten und Niesen starke Verschlimmerung der Schmerzen.

Diagnose: Osteochondrose der LWS.

Epikrise: Bei dieser Patientin, bei der schon in der Jugend wegen Tonsillenhypertrophie die Tonsillektomie durchgeführt worden war, wurden wegen rezidivierender Ischialgien vor 5 Jahren sämtliche noch vorhandene Zähne extrahiert. Aber auch in den folgenden Jahren bis jetzt, trat nach entsprechender Beanspruchung der Wirbelsäule das alte Leiden immer wieder auf.

63. H. H., geb. 17. 9. 1923.

Aufnahme: 27.7.1952.

Einweisungsdiagnose: Ischias.

Mit 12 Jahren Lungen- und Rippenfellentzündung. Seit 10 Jahren (1942) Kreuzschmerzen. 1946 erstmals Hexenschuß, der so heftig war, daß sie sich kaum bewegen konnte. Sie bekam damals Spritzen, worauf Besserung eintrat. Im Jahre 1951 extrauterine Gravität. Seit Weihnachten 1951 Ischiasschmerzen im rechten Bein und seit der gleichen Zeit vermehrt Kreuzschmerzen. Alle bisher angewandten Mittel haben nicht geholfen. Vor fünf Wochen wurde auf der Suche nach einem Fokus ein Granulom an einem Stichtzahn gefunden und der Zahn sofort entfernt. Es erfolgte jedoch keine Besserung.

Jetzt: Vor 3 Tagen drehte sie sich beim Erschrecken plötzlich um. Dabei traten sofort so heftige Ischiasschmerzen auf, daß sie nicht mehr stehen konnte. Da die Schmerzen unerträglich wurden, erfolgte jetzt Einweisung.

Diagnose: Akute Ischias rechts. Osteochondrose der LWS.

Rückfrage: 10.8.54. Im Februar 1953 Knöchelfraktur rechts, die gut verheilte. Immer wieder besonders bei unvorsichtigen Bewegungen, aber auch nach schweren körperlichen Anstrengungen Ischiasschmerzen rechts, zeitweilig auch links.

Epikrise: Nachdem bei dieser Patientin zuerst mehrfach Lumbalgieen aufgetreten waren, stellte sich eine rechtsseitige Ischiaserkrankung ein. Zur Fokalsanierung wurde ein Zahn extrahiert. Dieses Ereignis blieb jedoch ohne Einfluß auf den weiteren

Ablauf der Erkrankung. Auch noch 2 Jahre nach der Zahnextraktion wird die Patientin von ihrem alten Leiden geplagt.

64. J. W., geb. 7. 6. 1907.

Aufnahme: 29.11.1952.

Einweisungsdiagnose: Appendicitis.

Kinderkrankheiten sind nicht erinnerlich. 1930 erstmals Rheuma in beiden Armen bis 1938, dann beschwerdefrei. In diesem Jahr erneut Rheuma und zwar jetzt in den Schulterblättern, das nur 8 Tage dauerte. 1944 Malaria tertiana. In der Gefangenschaft Ruhr und später Schmerzen im rechten Fuß und in der rechten Wade. 1946 bei der Kriegsrentenbegutachtung sei Rheuma des linken Rückens festgestellt worden. Im Februar 1952 plötzlich auftretende heftige Schmerzen im Kreuz beiderseits der Wirbelsäule. Sie strahlen nach beiden Seiten aus. Besonders heftig waren die Schmerzen bei Bewegungsversuchen. Nach Bänder- und Spritzenbehandlung trat langsam Besserung ein. Nach dem ersten Arbeitsversuch in seinem Beruf als Straßenbauer stellte sich sofort nach den ersten Bückbewegungen eine starke Verschlimmerung ein. Vor 2 Monaten erneut beim Bücken die gleichen Beschwerden. Vom Vertrauensarzt wurde nun die Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule veranlaßt. Der Röntgenologe schickte ihn dann zum Chirurgen, der ein Paar Senkfußeinlagen verschrieb. Nach kurzer Beschwerdefreiheit bei erneutem Arbeitsversuch traten wieder die gleichen Schmerzen auf. Vom Chirurgen wurde er nun zum Zahnarzt verwiesen, weil an den noch vorhandenen 3 Zähnen Krankheitsherde vermutet wurden. Der Zahnarzt extrahierte diese letzten Zähne nach vorheriger Röntgenuntersuchung. Eine Besserung seiner Schmerzen trat auch jetzt nicht ein.

Jetzt: Vor 14 Tagen, 8 Tage nach der Zahnextraktion, traten Schmerzen im rechten Oberbauch auf, die vom Hausarzt als Gallenblasenentzündung behandelt wurden. Da bis jetzt aber keine Besserung eingetreten ist, und sich inzwischen Erbrechen und eine Verlagerung der Schmerzen in den rechten Unterbauch eingestellt hat, erfolgte Einweisung wegen Appendicitis. Immer noch Schmerzen im Kreuz mit Ausstrahlungen in beide Beine, links jedoch mehr als rechts und zeitweilig gürtelförmig um den Leib.

Diagnose: Subakute Appendicitis. Osteochondrose der LWS.

Rückfrage: 14.10.1954. Nach der Blinddarmoperation habe er nur wenige Tage arbeiten können und dann sei er wegen seiner heftigen Kreuzschmerzen wieder krank gewesen. Er habe dann später (vor 1 1/2 Jahren) ein Überbrückungsmieder bekommen und seit er das trage, könne er wieder arbeiten. Seit einem Jahr keine Kreuzschmerzen mehr.

Epikrise: Bei diesem Patienten, der mehrfache rheumatische Schmerzzattacken hatte, wie sie bei der Osteochondrose der Wirbelsäule bekannt sind, wurde vor 2 Jahren die Extraktion der letzten Zähne wegen dieser Beschwerden durchgeführt. Es konnte dadurch keine Besserung erzielt werden. Erst mit einem Stützmitter wurde der Mann wieder arbeitsfähig.

65. R. P., geb. 7. 1. 1900.

Aufnahme: 8.4.1953.

Einweisungsdiagnose: Leistenhernie rechts.

Als Kind nicht ernsthaft krank gewesen. Im Jahre 1916 Tonsillektomie wegen vereiterter Mandeln und Halsabszeß. Vor 20 Jahren 3 mal Ischias. Im Jahre 1949 Nachoperation an den Tonsillen

wegen mehrmaliger Abszeßbildung im Halse. Vor 2 Jahren und vor einem Jahr Magenblutung. Seit 1949 wieder Ischiasbeschwerden. Deswegen wurden im gleichen Jahr sämtliche Oberkieferzähne gezogen, weil diese an der Ischias schuld gewesen seien. Nach der Sanierung trat jedoch keine Besserung ein. Auch in den folgenden Jahren Ischiasschmerzen bald rechts und bald links. Im Dezember 1952, wegen sehr heftiger Ischias links, Krankenhausbehandlung. Nach erfolgloser konservativer Behandlung wurde vor 3 Monaten eine Bandscheibenoperation durchgeführt, die ihn von seinem Leiden befreite.

Jetzt: Seit Dezember 1952 habe er einen Leistenbruch rechts, der ihm seit der Arbeitsaufnahme jetzt Beschwerden mache. Noch keine Einklemmungserscheinungen. Keine Ischiasschmerzen mehr.

Diagnose: Leistenhernie rechts.

Epikrise: Dieser Patient, der seit 20 Jahren immer wieder Ischiasbeschwerden hatte, opferte vor 4 Jahren seine sämtlichen Oberkieferzähne der Fokalsanierung, ohne von dem Leiden befreit zu werden. Die Tonsillen waren wegen einer chronischen Tonsillitis schon 1916 entfernt worden und vor der Gebißsanierung wurde eine Nachoperation an den Tonsillenresten vorgenommen. Erst die Operation einer Bandscheibenhernie brachte ihm Beschwerdefreiheit.

66. S. K., geb. 28. 12. 1894.

Ambulanz: 19.1.1953.

Früher nie ernstlich krank gewesen. Vor 3 Jahren Ischias. Es handelte sich um Beschwerden und Schmerzen beiderseits der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlungen in die Gesäßgegend. Nach wochenlanger erfolgloser Behandlung wurden 2 Zähne extrahiert, wovon der eine schwere krankhafte Veränderungen unter der Krone gezeigt habe. Nach der Extraktion trat eine vorübergehende Verschlimmerung der Ischiasschmerzen ein. Nach 3-4 Tagen seien aber die ganzen Beschwerden schlagartig verschwunden. Einige Zeit später habe sie eine Gelbsucht bekommen. Jetzt: Sie fühle sich jedes Jahr müder und abgeschlagener. Sie habe gelegentlich ein kurzes "Schmerzchen" links oberhalb des Herzens und manchmal das Gefühl, daß sie die Bettdecke wegnehmen müsse. Keine Atemnot bei Anstrengungen, sie sei aber müde und nicht leistungsfähig. Sie sei beruflich sehr überlastet, besonders seit dem Tode ihres Mannes vor 5 Jahren. Sie möchte jetzt wissen, ob sie gesund sei.

Diagnose: 27.1.53. Es besteht kein Anhalt für ein Leiden.

Epikrise: Bei dieser Patientin waren vor 3 Jahren wegen einer wochenlang bestehenden Ischiasschmerzkrankung 2 Zähne extrahiert worden. Nach kurzer Verschlimmerung der Beschwerden verschwanden diese schlagartig am 3 - 4 Tage nach der Sanierung und kamen seitdem (3 Jahre) nicht wieder. Auch jetzt besteht Beschwerdefreiheit. Die Fokalsanierung war hier ohne Zweifel erfolgreich.

67. B. E., geb. 11. 3. 1903.

Ambulanz: 16.6.1953.

Vor 30 Jahren Appendektomie. Vor 16 Jahren (1937) erstmals Gallenkolik. Seitdem keine Gallenbeschwerden mehr. 1941 erstmals Hexenschuß, ein viertel Jahr später erstmals Ischias rechts. 1943 erneute Ischiasattacke. Laufen war wochenlang unmöglich. Im Januar 1945 nochmals Ischias. Das ganze rechte Bein sei damals gelähmt gewesen. Sie habe sehr heftige Schmerzen gehabt. Der Achillessehnenreflex sei erloschen gewesen.

1946 Krankenhausbehandlung wegen Ischias links. Die Schmerzen waren so heftig, daß sie Selbstmordgedanken hegte. Es wurde damals nach Feststellung mehrerer Zahngranulome eine radikale Gebissanierung durch Extraktion sämtlicher Zähne durchgeführt. Es trat jedoch erst nach mehreren Monaten eine langsame Besserung ein. Im Jahre 1950 erneut heftige Ischias-schmerzen links. Sie ging damals zum Homeopathen, der ihr bald Linderung verschaffte. Seitdem bis jetzt keine Ischias-schmerzen mehr.

Jetzt: Im November 1952 Gallenblasenerkrankung. Seitdem wieder öfter Gallenkoliken. Bei raschen Drehungen mit dem Oberkörper fahre es blitzartig in die rechte Seite, und dann bekomme sie eine Gallenkolik. Sehr oft Koliken völlig unabhängig vom Essen. Auch bei strengster Gallendiät treten Koliken auf. Kein Fieber bei den Kolikanfällen. In der letzten Zeit sehr häufig Kopfschmerzen, besonders oft im rechten Hinterkopf. Die Kopfschmerzen treten meist auf nach raschen Drehungen des Kopfes.

Diagnose: Fortgeschrittene Osteochondrose der gesamten Wirbelsäule.

Epikrise: Nachdem diese Patientin fünf Jahre lang schwerste Ischialgien durchgemacht hatte, wurden bei ihr vor 7 Jahren sämtliche vorhandenen Zähne extrahiert. Trotz Klinikbehandlung trat erst mehrere Monate später Beschwerdefreiheit ein. 3 Jahre später kam es jedoch nochmals zu einem Rezidiv. Man kann bei diesem Verlauf wohl nicht von einem Erfolg der Sanierung sprechen. Und nun scheint bei dieser bedauernswerten Frau, nach Beruhigung der unteren Wirbelsäulenabschnitte, der Beschwerdekomplex in einer höheren Etage der Wirbelsäule weiter zu gehen, worauf die Abhängigkeit der Oberbauchkoliken und der Kopfschmerzen von Drehbewegungen des Oberkörpers und des Kopfes hinweisen.

68. G. R., geb. 9. 10. 1913.

Aufnahme: 3.7.1952.

Einweisungsdiagnose: Verdacht auf Nucleusprolaps.

1932 Appendektomie. 1935 Lungenentzündung. Seit 1945 Ischias links. Dem Krankheitsbeginn ging eine Angina voraus. Er habe in den folgenden Jahren immer wieder Ischiasschmerzen gehabt, die häufig nach stärkeren Erschütterungen des Körpers aufgetreten seien. Da es in der letzten Zeit zu mehrmaligen Halsentzündungen gekommen sei mit nachfolgender Verschlimmerung seiner Ischiasschmerzen wurde vor wenigen Tagen die Tonsillektomie durchgeführt. Nach dem Eingriff traten sehr heftige Schmerzen im Verlauf des linken Ischiassnerven auf, weswegen Mitbehandlung durch die interne Abteilung erfolgte.

Diagnose: Bandscheibenprolaps L 4/5.

Nach erfolgloser konservativer Behandlung Verlegung zur Operation zu Prof. Jaeger, Ludwigshafen.

Rückfrage: 15.1.1953. Nach 2-monatiger Behandlung (Repositionen, praesacrale Überflutungen, Gipsmieder) fast beschwerdefrei entlassen.

Rückfrage: 20.8.1954. Immer wieder Ischiasschmerzen links, sodaß er sich doch noch operieren lassen will.

Epikrise: Bei diesem Patienten war es im Anschluß an eine Angina erstmals zu Ischiasbeschwerden gekommen. Da bei jeder neuen Angina die Schmerzen heftiger wurden, erfolgte vor zwei Jahren die Tonsillektomie. Nach dem Eingriff trat eine derartige Verschlimmerung ein, daß eine Bandscheibenoperation in Erwägung gezogen wurde. In den folgenden 2 Jahren waren immer wieder Rezidive aufgetreten, sodaß der Patient jetzt nur noch

von der Operation Heilung erwartet.

69. J. G., geb. 13. 6. 1907.

Aufnahme: 24.4.1953.

Diagnose: Magenblutung.

Im Jahre 1926 Magenperforation und Appendektomie. 1931 Bronchitis. Von 1933 - 1941 mehrmals Lumbagoattacken. Bei einer klinischen Untersuchung im Jahre 1941 wurden die Tonsillen und die Zähne als Krankheitsherd für die Lumbagobeschwerden angeschuldigt und deswegen die Tonsillenschlitzung und die Extraktion sämtlicher Zähne bis auf einen durchgeführt. Aber erst nach längerer Bäderbehandlung trat langsam Beschwerdefreiheit ein. Außerdem wurde ein Arbeitsplatzwechsel durchgeführt. In den folgenden Jahren blieb er beschwerdefrei. Im Jahre 1950 traten eines Tages bei der Arbeit plötzlich wieder die alten Schmerzen im Kreuz auf. Nach kurzer Besserung erneut heftige Kreuzschmerzen bei der Arbeitsaufnahme. Nun wurde der noch vorhandene letzte Zahn extrahiert. Aber erst ein halbes Jahr später verschwanden die Lumbagobeschwerden endgültig.

Jetzt: Seit einem Jahr Druck im Magen. Sodbrennen. Gestern Teerstuhl und heftige Leibschmerzen.

Diagnose: Blutendes Ulcus ventriculi.

Epikrise: Nachdem dieser Patient fast 10 Jahre lang immer wieder Lumbagoattacken über sich ergehen lassen mußte, wurde vor 12 Jahren eine ausgedehnte Gebißsanierung durchgeführt. Unter Bäderbehandlung trat dann langsame Besserung ein, die nach einem Arbeitsplatzwechsel zunächst standhielt. Vor 3 Jahren kehrte jedoch das alte Leiden wieder. Nun wurde noch der letzte Zahn, der von der ersten Sanierung übriggeblieben war, extrahiert. Auch diesmal erfolgte die Besserung erst allmählich. Der Ablauf des Leidens wurde hier wohl nicht so sehr durch die Fokalsanierung beeinflusst, daß man von einem Sanierungserfolg sprechen kann. Die lange Rezidivfreiheit dürfte eher eine Folge des Arbeitsplatzwechsels sein.

70. K. M., geb. 7. 4. 1913.

Aufnahme: 13.7.1953.

Einweisungsdiagnose: z. B. Herz.

Als Kleinkind Mittelohreiterung rechts. Als Kind außerdem Masern, Scharlach und Mumps. Seit 1935 Ischias; immer wieder Schmerzattacken bald links, bald rechts. Im Jahre 1946 wurden deswegen alle Zähne extrahiert. Das Leiden blieb unbeeinflußt. Erst 3 - 4 Jahre später verschwanden die Ischiasbeschwerden langsam und seit 1950 hat sie keine Schmerzen mehr gehabt.

Jetzt: Seit 1944 bei Anstrengungen Atemnot, die in den folgenden Jahren immer schlimmer wurde. Außerdem sind in der letzten Zeit auch Beklemmungsgefühle aufgetreten.

Diagnose: Myodegeneratio cordis. Osteochondrose der gesamten WS. Cholesteatom rechts.

Epikrise: Bei dieser Patientin wurde, nachdem 9 Jahre lang immer wieder Ischialgien aufgetreten waren, 1946 (vor 7 Jahren) alle Zähne extrahiert. Erst 3-4 Jahre später verloren die Ischiasbeschwerden an Heftigkeit und verschwanden dann vollständig. Auch hier ist kein Einfluß der Sanierung auf den Ablauf des Leidens festzustellen.

71. K. J., geb. 30. 4. 1908 .

Aufnahme: 11.8.1953.

Einweisungsdiagnose: Unterleibs-Tbc-Rezidiv.

Als Kind Masern und Scharlach. Mit 9 Jahren Lungenentzündung. 1936 Appendektomie. 1945 Fehlgeburt. Seitdem sei sie kein Kerl mehr. 1947 Muskelrheuma, Ischias und Hexenschuß. Da Hexenschuß und Ischias immer wieder auftraten, wurde im November dieses Jahres die Tonsillektomie durchgeführt. Aber auch nach dieser Operation kehrten die Ischiasschmerzen und die Hexenschüsse fast im Wechsel immer wieder. 1948 und 1951 Bauchoperation wegen Bauchfelltuberkulose. Wegen dieser Erkrankung bekam sie Rente, die ihr jetzt entzogen wurde.

Jetzt: Seit 1948 habe sie Hitzewallungen. Seit 1951 wieder stärkere Ischias- und Hexenschußbeschwerden. Manchmal auch Brustschmerzen, die in den linken Arm und in die linke Schulter ausstrahlen. Beim Liegen Engegefühl. Zeitweilig Schmerzen zwischen den Schulterblättern, die zur rechten Flanke ausstrahlen, dann bekomme sie meist Gallenkoliken. In den letzten Tagen öfter Krämpfe im Leib, dabei Übelkeit und Schwindel. Gewichtszunahme. Sie fürchtet, daß ihre alte Krankheit wieder aufgetreten sei. Wenn sie einen Hexenschuß habe, dann seien alle diese Beschwerden viel schlimmer.

Diagnose: Osteochondrose der gesamten Wirbelsäule. Angina pectoris vasomotorica.

Epikrise: Diese Patientin wurde vor 6 Jahren nach dem ersten Auftreten von Ischiasbeschwerden und Hexenschüssen tonsillektomiert. Auch nach der Sanierung blieb das Leiden bestehen und die Beschwerden haben in den letzten Jahren noch an Intensität zugenommen. Bei der jetzigen stationären Behandlung konnte durch Streckzüge und Bäder weitgehende Beschwerdefreiheit erreicht werden.

72. M. G., geb. 10. 8. 1909.

Aufnahme: 18.9.1953.

Einweisungsdiagnose: Rezidivierende Ischialgie.

Als Kind nie krank. 1938 Ulcus duodeni. 1940 Magenresektion. 1950 wegen Ischias in Krankenhausbehandlung. Es wurden damals 8 Zähne als herdverdächtig angesehen und deshalb extrahiert. Es trat damals jedoch erst nach einigen Fieberspritzen Beschwerdefreiheit ein. 1951 und 1952 wieder Ischias rechts. Jetzt: Vor 4 Wochen plötzlich heftige Schmerzen im Kreuz mit Ausstrahlungen ins rechte Bein. Beim Husten und Niesen Zunahme der Schmerzen.

Diagnose: Ischias rechts. Osteochondrose der LWS.

Epikrise: Auch bei diesem Patienten wurde vor 3 Jahren während der ersten Ischiasattacke eine Gebissanierung durchgeführt. Es trat weder ein Sofort Erfolg ein, noch konnten weitere Rezidive verhütet werden.

73. W. J., geb. 12. 11. 1892.

Aufnahme: 24.7.1952.

Einweisungsdiagnose: Prostatahypertrophie.

1915 Granatsplitterverletzung am rechten Oberschenkel. 1920 Amputation des rechten Fußes und 1927 des rechten Oberschenkels wegen Gangrän. 1946 Ischias beiderseits; die Schmerzen waren nach einem Hexenschuß aufgetreten. Nachdem ein halbes Jahr die Behandlung vergeblich war, wurde eine Gebissanierung (Extraktion sämtlicher Oberkieferzähne) durchgeführt. Nach Abschluß der Zahnbehandlung verschwanden die Ischiasschmerzen fast schlagartig und Patient blieb seit 6 Jahren von dieser

Krankheit verschont.

Jetzt: Seit einigen Jahren kann er das Wasser nicht mehr halten. Er muß oft lange warten, bis das Wasser kommt. Der Harnstrahl ist nur sehr schwach.

Diagnose: Prostatahypertrophie. Oberschenkelstumpf rechts. Osteochondrose der LWS.

Epikrise: Bei dem Oberschenkelamputierten wurden wegen einer doppelseitigen Ischiaserkrankung vor 6 Jahren sämtliche Oberkieferzähne extrahiert. Nach Beendigung der Gebißsanierung kam es zu raschem Verschwinden der Schmerzen, und der Patient blieb seitdem von Ischiasbeschwerden verschont. Röntgenologisch fanden sich bei ihm grobe Veränderungen an der LWS mit ausgedehnten Spangenbildungen. In diesem Falle war die Fokalsanierung erfolgreich.

74. K. P., geb. 31. 3. 1904.

Aufnahme: 3.5.1951.

Einweisungsdiagnose: Tachycardische Anfälle.

Mit 14 Jahren Grippe, damals schon Tachycardien. Seit dem 20. Lebensjahr fast ständig Rheuma in den Beinen, mal links, mal rechts und im Genick. 1935 eitrige Angina und Herzkollaps. Da eine chronische Tonsillitis als Ursache des Rheumas angesehen wurde, erfolgte im Jahre 1940 die Tonsillektomie. Die rheumatischen Beschwerden blieben jedoch unverändert. Vor 2 Jahren besonders starke Schmerzen in den Beinen bis ins Kreuz herauf. Anginen traten seit der Tonsillektomie nicht mehr auf.

Jetzt: Seit 4 Wochen öfter Anfälle von Ohnmacht, Herzklopfen, Kopfweh, steife Finger und Ameisenlaufen in den Gliedern. Die Anfälle treten meistens nach dem Essen auf. Schwitzt viel. Seit den Anfällen vermehrt Ischiasschmerzen in den Beinen und öfter steifes Genick.

Diagnose: Vegetative Dystonie. Verdacht auf latente Tetanie. Osteochondrose der HWS und LWS.

Epikrise: Dieser Patient, der seit seinem 20. Lebensjahr über rheumatische Beschwerden in den Beinen und im Genick klagte, wurde deswegen vor 11 Jahren tonsillektomiert. Eine Besserung trat nicht ein und auch in der folgenden Zeit bis jetzt kamen die Beschwerden immer wieder.

75. K. K., geb. 6. 4. 1915.

Begutachtung für LVA Landau am 23.3.1953.

Früher angeblich nie krank gewesen, Im Jahre 1941/42 erstmals Muskelrheuma in den Schultern und Oberschenkeln. Sei damals deswegen in verschiedenen Lazaretten gewesen. In einem Lazarett seien ihm wegen des Rheumas alle Zähne bis auf 5 im Oberkiefer gezogen worden. Nach einiger Zeit habe er Besserung seines Rheumas verspürt und er sei wieder an die Ostfront gekommen. Das Rheuma sei im weiteren Verlauf des Krieges immer wieder aufgetreten. Bald habe er Schmerzen in den Schultern, bald im Kreuz und in den Oberschenkeln gespürt. Mehrmals auch Hexenschüsse. 1944 Schußverletzung des rechten Fußes beim Gewehrreinigen. Nach dem Kriege seien Magenbeschwerden aufgetreten.

Jetzt: Hat wegen Magenbeschwerden, Rheuma in den Schultern und im Kreuz und wegen der Fußverletzung Rentenanspruch gestellt.

Diagnose: Durchschuß rechter Mittelfuß. Gastroduodenitis. Osteochondrose der gesamten Wirbelsäule.

Epikrise: Bei diesem Patienten, dessen rheumatische Beschwerden sicherlich schon durch die Osteochondrose bedingt waren,

wurde vor 11 Jahren eine Gebißsanierung durchgeführt. Es trat wohl einige Zeit danach Besserung ein; aber auch hier kam es, der Natur des Leidens entsprechend, immer wieder zu Rezidiven, sodaß der Mann deswegen jetzt auch einen Rentenanspruch stellte.

76. V. L., geb. 11. 10. 1917.

Ambulanz: 30.1.1953.

Früher nie ernstlich krank gewesen. 1945 und 1949 normale Geburten. Schon während der letzten Schwangerschaft traten rheumatische Schmerzen im Rücken auf. Nach der letzten Geburt kam die Periode nicht mehr recht in Gang und Pat. nahm in der Folgezeit an Gewicht zu. Wegen der rheumatischen Rückenschmerzen war sie vor 2 Jahren zur Kur in Bad Kissingen, wo ihr 5 Zähne extrahiert wurden. Ihre Schmerzen wurden dadurch nicht besser. Nur die Moorbäder taten ihr gut.

Jetzt: Immer wieder rheumatische Schübe mit Rückenschmerzen. Sie könne sich schlecht drehen und nicht bücken. Beim Husten fahre es ihr immer in den Rücken hinein. Wegen des Rheumas sollen jetzt die Mandeln entfernt werden. Deshalb möchte sie sich jetzt nochmals untersuchen lassen.

Diagnose: Adipositas. Sinusbradycardie. Osteochondrose der WS.

Epikrise: Die jetzt sehr beleibte Patientin hatte erstmals 1949 während einer Schwangerschaft rheumatische Beschwerden, die sicherlich damals schon wirbelsäulenbedingt waren. Während einer Kurbehandlung vor 2 Jahren wurden 5 Zähne extrahiert, ohne daß Besserung eintrat. Die Moorbäder wurden wohltuend empfunden.

77. V. E., geb. 8. 4. 1903.

Einweisungsdiagnose: Thrombophlebitis beider Unterschenkel. Keine Kinderkrankheiten. Mit 16 Jahren Lungentuberkulose links, mit 18 Jahren Rückfall. Mit 28 Jahren eitrige Angina, anschließend Stimmbandlähmung und Kehlkopftuberkulose, gleichzeitig Rezidiv des Lungenherdes. Durch das anschließende Heilverfahren sei die Tuberkulose ausgeheilt worden. Seit 1936 Ischias, zuerst rechts und dann links. 1937 Gallenblasenoperation wegen Gallensteinen. 1939 Appendektomie. Im Jahre 1950 bekam sie Schmerzen in beiden Armen. Es hatten sich angeblich in der Muskulatur der Arme kleine Knötchen gebildet. Die Arme seien kraftlos gewesen und sie habe nichts mehr arbeiten können. Der Hals sei zeitweilig völlig steif gewesen. Nachdem eine chronische Tonsillitis als die Ursache dieser Beschwerden erkannt worden war, wurde 1951 tonsillektomiert. Nach der Operation trat zunächst für 14 Tage eine Verschlimmerung ihrer Schmerzen ein. Danach hätten die Beschwerden allmählich nachgelassen und die Knötchen seien verschwunden. In der Folgezeit habe sich aber alles wieder so entwickelt wie es vor der Operation war. Besonders seit sie wieder versucht, ihre Haus- und Gartenarbeit selbst zu machen, werde sie wieder von den gleichen Schmerzen geplagt wie vor der Operation.

Jetzt: Seit einem Jahr Venenthrombose in beiden Beinen, links mehr als rechts. Dabei habe sie noch Gelenk- und Muskelrheumatismus. Auch in den Armen immer Schmerzen, besonders nach den Waschtagen und nach Gartenarbeit. Dann habe sie auch meist ein steifes Genick. Wenn der Hals steif sei, habe sie oft Herzschmerzen, Angstgefühle, Beklemmung und Atemnot.

Diagnose: Thrombophlebitis an beiden Ober- und Unterschenkeln. Spondylosis deformans der HWS und LWS.

Epikrise: Die Patientin, die in jüngeren Jahren an einer Lungen- und Kehlkopftuberkulose erkrankt war, hat seit 1936 Ischias. Im Jahre 1950 traten dann rheumatische Beschwerden

in den Armen mit zeitweiliger Nackensteifigkeit auf. Die deswegen 1951 vorgenommene Tonsillektomie brachte nach kurzer Verschlimmerung vorübergehende Besserung. Jedoch nach Aufnahme der gewohnten Beschäftigung traten die alten Beschwerden, deren Ursache, entsprechend der weiteren Anamnese und dem Befund, wohl an der HWS zu suchen ist, wieder auf.

78. S. G., geb. 26. 6. 1913.

Aufnahme: 6.10.1952.

Einweisungsdiagnose: Ulcus ventriculi.

1928 Lungenentzündung. Von 1945 bis 1948 viele Anginen. Es sei damals eine chronische Tonsillitis festgestellt worden. Seit 1948 keine Halsschmerzen mehr. Seit 4 Jahren Rheuma in der linken Hüfte mit Ausstrahlung ins linke Bein. Vor einem Jahr Röntgenuntersuchung des Magens wegen Magenbeschwerden, wobei eine Narbe am Magen und eine chronische Appendicitis festgestellt worden sei. Vor 4 Monaten wieder starke Magenschmerzen und seitdem auch rheumatische Schmerzen, die im ganzen Körper herumziehen. Mal habe er es im Bauch, mal im Rücken, dann wieder in den Armen und Beinen und in den Schultern. Öfter auch Hexenschüsse. Wegen der rheumatischen Schmerzen wurden vor 3 Monaten die Tonsillen entfernt. Nach vorübergehender Besserung stellten sich die gleichen Schmerzen in alter Stärke wieder ein.

Jetzt: Vor 8 Tagen wurde beim Röntgen ein neues Magengeschwür festgestellt. Er kommt jetzt zur Ulcuskur. Außer den Magenschmerzen, die besonders bei leerem Magen auftreten, habe er noch stechende und ziehende Schmerzen im ganzen Körper, besonders im linken Bein und im Rücken. Beim Niesen und Husten werden diese Schmerzen unerträglich.

Diagnose: Ulcus ventriculi. Osteochondrose der WS.

Rückfrage: 5.7.54. Keine Magenbeschwerden mehr. Immer noch Rheuma in den Gliedern und im ganzen Körper. Im letzten Jahr 2 mal Hexenschuß.

Epikrise: Bei diesem Patienten, der von 1945 bis 1948 sehr häufig Anginen hatte, wurde wegen rheumatischer Schmerzen, die im ganzen Körper herumzogen, 1952 die Tonsillektomie durchgeführt. Nach der Sanierung verspürte er kurz dauernde Besserung, doch bald waren die alten Schmerzen wieder da und quälten ihn auch noch 2 Jahre nach dem Eingriff.

79. K. W., geb. 10. 7. 1906.

Aufnahme: 1.9.1952.

Einweisungsdiagnose: Ikterus.

Mit 16 Jahren leichter Ikterus nach appendicitischer Reizung. Mit 39 Jahren nervöse und körperliche Erschöpfung nach dem Tode der Mutter. Mit 34 und 35 Jahren Gesichts- und Kopfneuralgie. Seit der Jugend Obstipation.

Jetzt: Seit Jahren Druckgefühl über dem Oberbauch; sie habe keine Decke auf dem Leib vertragen können. Schon längere Zeit Abneigung gegen Fett und Eier. Vor etwa 9 Monaten Schmerzen im Rücken. Es sei Rheuma gewesen. Deswegen wurden auf Veranlassung des Hausarztes mehrere Zähne im Oberkiefer gezogen. Nach der Zahnextraktion keine Besserung der Schmerzen. Erst nach Impletoleinspritzungen, die immer wieder mal gegeben wurden, habe sie längere Zeit Ruhe gehabt. Ganz verschwanden die Schmerzen im Rücken jedoch nie. Seit einigen Tagen sei das Druckgefühl im Oberbauch und aber auch die Rückenschmerzen stärker geworden. Gleichzeitig sei der Urin bierbraun, der Stuhl strohgelb geworden, und es sei eine Gelbsucht auf-

getreten. Es trat dann noch Fieber auf und allgemeine Schwäche. Geringe Gewichtsabnahme im letzten Jahr.

Diagnose: Verschlusikterus mit toxischem Fieber. Pankreas-Kopfkarzinom, Metastasen. Laparotomie am 12.9.1952. Exitus am 21.9.1952.

Epikrise: Bei dieser Patientin wurde vor 9 Monaten wegen rheumatischer Rückenschmerzen eine Zahnsanierung durchgeführt, die erfolglos blieb. Da jetzt bei der Probelaaparotomie ein metastasierendes Pankreaskopfkarzinom festgestellt wurde, liegt es wohl nahe, die "rheumatischen" Rückenschmerzen mit dieser Erkrankung in engere Beziehung zu bringen, als mit einer Fokalinfection.

Tabellarische Übersicht

Nr.	Ein- griff	Jahre seit Sanierung	Erfolg Mißerfolg	= + = -	Untersuchung wegen anderer Krankheit = a gleicher " = g		
62	Z	5	-			g	
63	Z	2	-			a	
64	Z	2	-			a	
65	Z	4	-			a	
66	Z	3	+			a	
67	Z	7	-			a	
68	T	2	-			g	
69	Z/Z	12 u. 3	-			a	
70	Z	7	-			a	
71	T	6	-			a	
72	Z	3	-			g	
73	Z	6	+			a	
74	T	11	-			a	
75	Z	11	-			g	
76	Z	2	-			g	
77	T	2	-			a	
78	T	2	-			a	
79	Z	3/4	-			a	

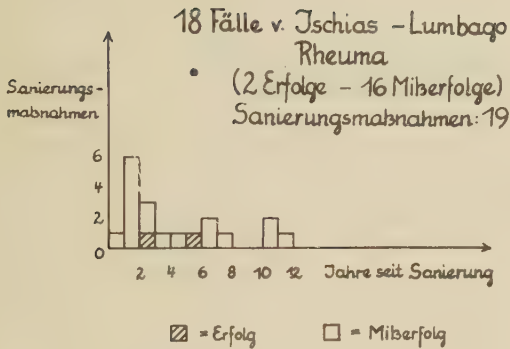
5 Tonsillektomien (T), 12 Zahnsanierungen (Z), 1 zweimalige Zahn-sanierung mit 9 jähriger Zwischenzeit (Z/Z).

Bei 18 Patienten wurden wegen Ischias, Lumbago oder Rheuma insge-
samt 19 Sanierungsmaßnahmen durchgeführt, von denen zwei erfolg-
reich blieben, während die übrigen 17 das Leiden nicht beseitigen
konnten.

Wegen der gleichen Erkrankung wurden 5 Personen untersucht, bei
keiner war die Sanierung erfolgreich.

Wegen anderer Krankheiten kamen 13 Personen, von denen 2 mit Er-
folg saniert worden waren.

Die Zeitspanne seit der Sanierung beträgt 3/4 Jahr bis 12 Jahre.
Die längste Erfolgsdauer ist 6 Jahre.



Diese Gruppe umfaßt 18 Patienten, die wegen Ischias, Lumbago oder Rheuma fokalsaniert wurden. Von ihnen blieben nur zwei, durch die Beseitigung eines Herdes, in der Folge von ihrem Leiden verschont. In beiden Fällen brachte die Extraktion von Zähnen - im einen Fall wurden sämtliche Oberkieferzähne extrahiert - ein rasches Verschwinden der vorher sehr hartnäckigen Ischiasschmerzen, während bei allen anderen keine Beeinflussung oder bleibende Beschwerdefreiheit erzielt werden konnte. Bemerkenswert ist bei dieser Krankheitsgruppe die auffällig große Zahl der Zahnsanierungen. So setzen sich die, bei den 18 Patienten durchgeführten 19 von einander unabhängigen Eingriffe aus 14 Zahnextraktionen und nur 5 Mandelausschälungen zusammen. - Der Abstand der Befragung von der Sanierung beträgt 9 Monate bis 12 Jahre. -

Es handelt sich im Falle Nr. 62 und 63 um typische Ischiassyndrome bei Bandscheibendegeneration L 4/5, die durch die Fokalsanierung nicht beeinflußt wurden. Der Fall Nr. 64 bietet eine Anamnese, wie sie bei der Osteochondrose der Wirbelsäule sehr häufig erhoben werden kann: mehrmals rheumatische Schübe, die nicht immer durch die gleiche Wirbelsäulenetage verursacht werden, ihren Hauptsitz aber doch an der Stelle haben, die einer Beanspruchung, besonders durch Berufsausübung, am meisten ausgesetzt ist. Fast charakteristisch ist der Weg der Diagnostik und Therapie, den der Patient mit seinem Leiden zurücklegen muß, ohne daß ihm letzten Endes die Sanierung eine entscheidende Hilfe verschaffen kann. Patient Nr. 65, bei dem wegen Tonsillarabszessen die Tonsillen schon sehr

früh entfernt worden waren, blieb von der Ischiaserkrankung nicht verschont. Auch die Operation sämtlicher Oberkieferzähne befreite ihn später nicht von seinen Schmerzen. Erst die, wegen Bandscheibenprolaps L 5/S 1 durchgeführte Operation, machte ihn beschwerdefrei. - Wegen einer hartnäckigen Ischialgie war die Patientin Nr. 66 schon wochenlang erfolglos behandelt worden. Nach der Extraktion von 2 Zähnen kam es zuerst zu einer kurzdauernden Verstärkung der Schmerzen und dann stellte sich fast schlagartig völlige Beschwerdefreiheit ein, die jetzt schon 3 Jahre andauert. Bei der nächsten Patientin (Nr. 67), die jahrelang unter Ischialgien und Hexenschüssen sehr zu leiden hatte, blieb das Geschehen an der Wirbelsäule mit den wohlbekannten heftigen Schmerzattacken in den Beinen durch die Radikalsanierung des Gebisses völlig unbeeinflusst, bis das Leiden allmählich abklang. Die weitere Anamnese zeigt aber deutlich, daß sich nunmehr das akute Stadium der Bandscheibendegeneration von den unteren Etagen der Wirbelsäule in die oberen verlagert hat. Im Anschluß an die, wegen linksseitiger Ischias durchgeführte Tonsillektomie kam es bei dem Patienten Nr. 68 erneut zu heftigen Schmerzen im Verlauf des linken Ischiadicus, die erst nach zweimonatiger intensiver Behandlung langsam abklangen und in den nächsten 2 Jahren immer wiederkamen. Auch hier ist die Sanierung erfolglos geblieben. Daß die Lumbagobeschwerden im Falle Nr. 69 nur langsam unter der Bäderbehandlung, nach vorausgegangener Sanierung, abnahmen, entspricht wohl dem normalen Ablauf der Dinge, besonders auch im Hinblick darauf, daß nach längerem Intervall die gleichen Schmerzen wiederkamen und die Besserung auch diesmal erst 1/2 Jahr nach der Sanierung begann. Es kann deshalb dieser Fall nicht auf das Erfolgskonto der Fokalsanierung gebucht werden. Einen ähnlichen Verlauf bot Fall Nr. 70, bei dem erst 3-4 Jahre nach der Extraktion sämtlicher Zähne die Ischiasschmerzen endgültig verschwanden. Im Falle Nr. 71 konnte die Tonsillektomie die Lumbalgien und Ischialgien nicht beseitigen. Es scheinen hier, wie es des öfteren zu beobachten ist, die unteren Wirbelsäulenabschnitte zur Ruhe gekommen zu sein, und nunmehr melden sich die oberen mit ihren anders gearteten Symptomen. Bei dem Patienten Nr. 72 fand sich wiederum das Bild der rezidivierenden wirbelsäulenbedingten Ischias, auf das die Fokusentfernung wirkungslos blieb. Der Fall Nr. 73, eine doppelseitige Ischiaserkrankung, muß als voller Erfolg der Fokalsanierung anerkannt werden; jedoch bleibt auch hier, wie im Falle Nr. 66 die Frage offen, ob es nicht auch

ohne Sanierung zu einer, bei diesem Leiden oft beobachteten Spontanremission gekommen wäre. - Bei den nun folgenden Fällen Nr. 74 bis 78 handelt es sich offensichtlich um Beschwerden, deren Genese nach den neueren Erkenntnissen ebenfalls auf degenerativen Veränderungen an den Bandscheiben mit Irritationen der, den jeweiligen Wirbelabschnitten zugehörenden Nerven, beruht. So ergab sich im Fall Nr. 74 und 75 kein bleibender Erfolg der Sanierung. Bei Nr. 76 hatten Moorbäder eine bessere Wirkung als die Extraktion von fünf Zähnen. Im Falle Nr. 77 trat wohl im Anschluß an die Tonsillektomie, nach kurzer Verschlimmerung eine Besserung ein, doch klagte die Patientin schon bald wieder über die gleichen Beschwerden, besonders nach Wäschewaschen und Gartenarbeit - beides Tätigkeiten, die von vielen Kranken, welche unter einem typischen cervikalen Bandscheibensyndrom leiden, als Ursache ihrer Schmerzen angegeben werden. Auch im Falle Nr. 78, bei dem kein Dauererfolg der Herdausräumung zu verzeichnen war, dürfte es sich um wirbelsäulenbedingte Beschwerden gehandelt haben. Besonders bemerkenswert ist der letzte Fall in dieser Gruppe (Nr. 79), bei dem die Rückenschmerzen, die als Rheuma gedeutet wurden, doch wohl mit der allergrößten Wahrscheinlichkeit mit dem 9 Monate nach der Sanierung festgestellten metastasierenden Pankreaskopfcarcinom in Beziehung gesetzt werden müssen. So brachte auch die hier durchgeführte Zahnsanierung keine Besserung, während die lokalen Impletolinjektionen längerdauernde Schmerzlinderung zur Folge hatten.

Daß die, in dieser Gruppe zusammengefaßten Krankheitsbilder heute nicht mehr widerspruchlos unter die Fokalerkrankungen eingereiht werden dürfen, ist bekannt. Im Hinblick auf die vertebrale Genese dieser sehr unangenehmen und oft immer wieder rezidivierenden Leiden und auf die beiden Erfolge der Zahnextraktionen, liegt auch hier, wie im Falle Nr. 51, der Gedanke nahe, ob nicht während der Behandlung an den Zähnen, die ungewollten, aber unvermeidbaren, meist nur minimalen Bewegungen des Kopfes und der Halswirbelsäule eine ähnliche Wirkung gehabt haben könnten, wie ein Repositionsmannöver. Daß der Patient auf dem zahnärztlichen Behandlungsstuhl, trotz der Kopfstütze, solche kleinen Bewegungen ausführt, sei es aus Schmerz, oder aus Furcht vor kommenden Schmerzen, kann jeder, der sich in Zahnbehandlung begibt, an sich selbst beobachten. Ja nicht nur an die Statik der Halswirbelsäule werden unbeachtet und unbeabsichtigt nicht alltägliche beziehungsweise gewohnte Anforderungen gestellt, manchmal ist es doch auch der

ganze Körper, der zu den ungewolltesten und oft auch ungeschicktesten Bewegungen oder Bewegungsversuchen veranlaßt wird, wenn der Schmerz einmal zu plötzlich und heftig auftritt, oder, was manchmal nicht zu umgehen ist, der Zahnarzt eine kräftige Hand zur Unterstützung seines Könnens braucht. Man sollte dabei auch nicht übersehen, daß durch die Manipulation im offenen Mund eine gewisse Ablenkung von einem, in irgend einer anderen Körperregion bestehenden Schmerz bewirkt wird, die durch einen plötzlich auftretenden, wenn auch noch so geringfügigen Schmerz an den Zähnen enorm gesteigert werden kann. Durch diese Ablenkung wäre eine Lockerung einer schmerzhaften Muskelverspannung durchaus möglich, sodaß eine, im gleichen Zeitpunkt ausgeführte, gerichtete Bewegung einen Repositionseffekt haben kann. Daß diese Bewegungen nicht nur auf die Halswirbelsäule beschränkt bleiben, dafür sorgt weniger der behandelnde Zahnarzt, der doch meist durch ein sanftes Andrücken des Kopfes an die Kopfstützen sich ein ruhiges Arbeitsfeld zu schaffen versucht, als der Patient selbst, dem die sehr bequemen Behandlungsstühle immer genügend Bewegungsfreiheit für kleinste ruckartige Bewegungen und minimalste Verschiebungen des ganzen Körpers gewähren. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang noch, daß es bei den Chiropraktikern eine Richtung gibt, die nur an der Halswirbelsäule Repositionen durchführt und dabei die gleichen Behandlungsergebnisse aufweist wie andere, die sowohl an der ganzen Wirbelsäule, als auch nur an der Lendenwirbelsäule, beziehungsweise an den Ileosacralgelenken mit ihren Handgriffen ansetzen.

VI. Cephalgie - Neuralgie - Migräne. (5 Fälle)

80. W. E., geb. 2. 11. 1934.

Aufnahme: 27. 2. 1952.

Einweisungsdiagnose: Drüseninsuffizienz.

Als Kind Masern, seit der Kindheit 3 - 4 mal im Jahre heftige Anginen. Seit der Pubertät sei ihr Hals dick geworden und seitdem habe sie öfter Kopfschmerzen. Im Mai 1951 sei während einer Angina der Kopfschmerz unerträglich gewesen. Es wurden nun die Kopfschmerzen als Folgen einer chronischen Tonsillitis angesehen und deswegen im gleichen Jahr tonsillektomiert. Im Anschluß an die Tonsillektomie sei eine Gelbsucht aufgetreten. Nach der Operation sei sie etwa 2 Monate beschwerdefrei gewesen, dann seien die Kopfschmerzen jedoch im alten Umfang wieder aufgetreten und bestehen auch jetzt noch. Vor der Gelbsucht habe sie schon Magenbeschwerden gehabt, die von den Kopfschmerzen unabhängig waren.

Jetzt: Es besteht ein Druckgefühl in der Magengegend, das vom Essen unabhängig sei. Sehr viel Kopfschmerzen besonders Stirnkopfschmerzen und Druckgefühl im Kopf. Seit 5 Jahren trägt sie eine Brille. Seit dem 14. Lebensjahr nehme sie ständig an Gewicht zu. Menses regelmäßig, aber sehr schmerzhaft.

Diagnose: Endogene Fettsucht. Cholecystopathie.

Epikrise: Die Patientin hatte seit ihrer Kindheit häufig Anginen. Wegen Kopfschmerzen, die mit Beginn der Pubertät aufgetreten waren und sich nach den Anginen verstärkten, wurde vor einem Jahr tonsillektomiert. Etwa 2 Monate blieben die Kopfschmerzen aus, um dann in der alten Intensität wiederzukommen.

81. T. G., geb. 13. 9. 1932.

Aufnahme: 10.3.1952.

Einweisungsdiagnose: z.B. Kopfschmerzen.

Früher jedes Jahr öfter Halsentzündungen mit Drüsenschwellungen. Seit dem Jahre 1947 habe sie sehr viel Kopfschmerzen und Reifgefühle um den Schädel. Da eine chronische Mandelentzündung für die Kopfschmerzen verantwortlich gemacht worden sei, wurden noch im gleichen Jahre (1947) die Mandeln ausgeschält. Seit der Tonsillektomie habe sie keine Halsentzündung mehr gehabt. Die Kopfschmerzen blieben aber unverändert. Weder durch Tabletten noch durch Spritzen, die sie zahlreich bekommen habe, sei es besser geworden.

Jetzt: Dauernder Druck im Kopf, Reifgefühl, Kopfschmerzen. Während der Menses Verschlimmerung dieser Beschwerden. Periode immer regelmäßig, bis auf die letzte, die 14 Tage später gekommen sei. Immer kalte Hände und Füße. - Vom Neurologen und HNO-Facharzt konnte kein krankhafter Befund erhoben werden.

Diagnose: Vegetative Labilität. Milieuschaden.

Epikrise: Die Patientin, die schon immer sehr oft Anginen hatte, klagte seit dem 15. Lebensjahr über häufige Kopfschmerzen, die sich bei den Halsentzündungen noch verstärkten. Deswegen wurde 1947 (vor 5 Jahren) tonsillektomiert. Seit dem Sanierungseingriff blieb sie von weiteren Anginen verschont. Die Kopfschmerzen, die wohl als Symptom einer vegetativen Labilität aufzufassen sind, blieben dagegen völlig unbeeinflusst.

82. M. W., geb. 14. 2. 1917.

Aufnahme: 28.11.1952.

Einweisungsdiagnose: Zur Beobachtung.

Früher angeblich nie ernstlich krank gewesen. 1943 bei einem Fliegerangriff sei er 24 Stunden verschüttet gewesen. Bei dem Angriff stürzte eine Bunkerdecke ein, wobei er am Kopf getroffen wurde. Er sei einige Zeit bewußtlos gewesen, habe aber dann keine Beschwerden gehabt außer Kopfschmerzen, deretwegen er längere Zeit im Lazarett war. Dort habe man die Kopfschmerzen auf Kreislaufstörungen zurückgeführt, deren Ursache die vereiterten Mandeln gewesen seien. Deswegen wurde während des Lazarettaufenthaltes die Tonsillektomie durchgeführt und anschließend aus dem gleichen Grunde noch mehrere Zähne gezogen. Die Kopfschmerzen besserten sich jedoch daraufhin nicht. - Die Kopfschmerzen, die auch jetzt noch bestehen, wurden später als KDB anerkannt (linksseitige Nackenprellung und Wirbelsäulenkrümmung).

Jetzt: Magenschmerzen, die in den Rücken ausstrahlen. Fettunverträglichkeit. Sodbrennen. Saures Aufstoßen. Zeitweilig immer noch Kopfschmerzen, die ihn ganz plötzlich überfallen. Es zieht dann ein Kribbeln vom Nacken aus über den ganzen Kopf, wie wenn eine Spinne darüber krabbelt und ein Netz ziehen würde. Dann werden die Schmerzen sehr heftig. Er muß sich hinlegen. Nach Stunden, manchmal erst nach Tagen, Besserung.

Diagnose: Ulcus ventriculi.

Epikrise: Dieser Patient hatte seit einer Verschüttung, bei der er am Kopf getroffen und einige Zeit bewußtlos gewesen war, unter Kopfschmerzen zu leiden. Wegen dieser Beschwerden wurde bei ihm, wohl in Verknüpfung der Zusammenhänge, 1943 eine Fokalsanierung mit Tonsillektomie und Gebißsanierung, durchgeführt. Wie zu erwarten, blieb der Effekt aus, und der Mann hat auch heute noch unter seinen Kopfschmerzen, die später als Kriegsleiden anerkannt wurden, viel zu erdulden.

83. E. G., geb. 17. 1. 1907.

Aufnahme: 11.12.1952.

Einweisungsdiagnose: Osteochondrose.

Keine Kinderkrankheiten bekannt. Im Jahre 1940 eines Tages heftige Nackenschmerzen. Der Hals sei steif gewesen und er habe den Kopf nicht mehr drehen können. Er war wegen dieser Krankheit im Krankenhaus zur Behandlung, wo durch die Röntgenuntersuchung an einem Stützahn ein Granulom entdeckt wurde, das man als die Ursache der Nackenschmerzen und der Nackensteifigkeit anschildigte. Nach der Exzision dieses Zahnes trat am nächsten Tage schlagartige Besserung ein. In den folgenden Jahren keine derartige Nackenschmerzen mehr. - Im Jahre 1942 angeblich nierenkrank gewesen: plötzlich im Sommer seien heftige Schmerzen im Rücken aufgetreten, sodaß er nicht mehr gehen konnte. Er lag dann 2 Monate im Lazarett bis die Schmerzen verschwanden. Der Urin sei bei dieser Erkrankung immer hell gewesen und bei den Urinuntersuchungen sei kein krankhafter Befund festgestellt worden.

Jetzt: Seit etwa 4 Wochen am Morgen immer heftige Schmerzen im Rücken und im Kreuz, dabei Atembeschwerden. Er kann sich nicht mehr bücken. Nach 2-3 Stunden wird es dann langsam besser.

Diagnose: Osteochondrose der Wirbelsäule.

Epikrise: Bei diesem Patienten war vor 12 Jahren wegen heftiger Nackenschmerzen ein Zahn extrahiert worden, worauf am Tage

nach der Sanierung schlagartige Besserung einsetzte. In der Folgezeit traten wohl keine Nackenschmerzen mehr auf, sodaß ein Erfolg der Sanierung anerkannt werden muß. Aber 2 Jahre später kam es zu dieser eigenartigen "Nierenerkrankung" mit normalem Urinbefund. Bei Berücksichtigung der jetzigen Beschwerden, der jetzigen Diagnose und des guten Behandlungsergebnisses durch eine Streckzug- und Bäderbehandlung liegt es durchaus nahe, auch die beiden früheren Erkrankungen als vertebral bedingte Krankheitsbilder aufzufassen.

84. L. F., geb. 17. 2. 1904.

Aufnahme: 8.9.1953.

Begutachtung für LVA Speyer/Rh.

Früher immer gesund. Vor 21 Jahren Kaiserschnittentbindung wegen zu engem Becken. Seit 25 Jahren Trigeminusneuralgie links. Im Jahre 1944 bei einem Fliegerangriff sei sie von herumfliegenden Erdbrocken am Kopf getroffen worden und davon etwa 10 Minuten bewußtlos gewesen. - Seit 1947 habe sie ein Ekzem an den Armen, Beinen und auf der Brust, das besonders nach Fleischgenuß und stark gewürztem Essen auftritt. Auch könne sie sich nicht mit Seife waschen, weil sich dann sofort das Ekzem einstelle. 1949 Lungen- und Rippenfellentzündung. Wegen der Trigeminusneuralgie, die in den letzten Jahren schlimmer geworden sei, wurde vor 2 Jahren eine ausgedehnte Gebißsanierung durchgeführt. Es wurden alle Zähne bis auf 6 im linken Unterkiefer gezogen. Das sehr quälende Kopfschmerzleiden wurde dadurch jedoch nicht im geringsten gebessert.

Jetzt: Fast täglich anfallsweise auftretende, sehr heftige Schmerzen auf der linken Kopfseite. Die Schmerzen kommen "wie angeflogen". Sie könne dann auf dem linken Auge, das dabei heftig träne, nichts mehr sehen. Beim Berühren der linken Gesichtshälfte werden die Schmerzen noch schlimmer. Sie bekomme dann Brechreiz. Sie sei durch diese Anfälle sehr nervös geworden. Außerdem habe sie immer wieder mit ihrem Ekzem zu tun, das nach jeder Berührung mit Seife auftrete, heftig jucke und nässe.

Diagnose: Trigeminusneuralgie links.

Epikrise: Bei dieser Patientin, die seit 25 Jahren an einer Trigeminusneuralgie leidet, wurde vor 2 Jahren, nachdem eine Verschlimmerung des Leidens eingetreten war, eine ausgiebige Gebißsanierung durchgeführt. Das Leiden wurde durch diese Maßnahme jedoch überhaupt nicht beeinflusst.

Tabellarische Übersicht.

Nr.	Ein- griff	Jahre seit Sanierung	Erfolg = Mißerfolg --	+ =	Untersuchung wegen anderer Krankheit = a gleicher " = g
80	T	1	-		a
81	T	5	-		g
82	TZ	9	-		a
83	Z	12	+		a
84	Z	2	-		g

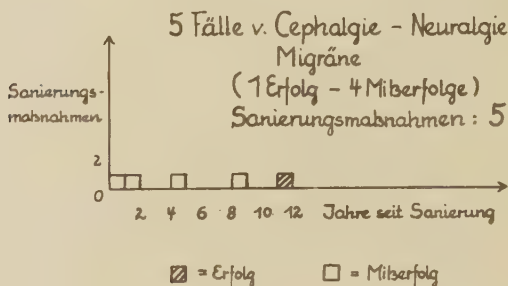
2 Tonsillektomien (T), 2 Zahnsanierungen (Z), 1 Tonsillektomie und Zahnsanierung gleichzeitig (TZ).

Bei 5 Patienten wurden wegen Kopf- und Nackenschmerzen 5 Sanierungsmaßnahmen durchgeführt, von denen eine erfolgreich war,

während die übrigen keinen Einfluß auf die jeweilige Erkrankung hatten.

Wegen der gleichen Erkrankung wurden 2 Personen untersucht, die beide durch die Fokalsanierung nicht geheilt worden waren. Bei 3 Personen waren andere Krankheiten der Anlaß zur Untersuchung; von ihnen war eine mit Erfolg saniert worden.

Die Zeitspanne von der Befragung bis zur Sanierung beträgt 1 bis 12 Jahre. Der längste Erfolg dauert schon 12 Jahre an.



In den Anamnesen dieser, wegen Kopf- und Nackenschmerzen sanierten Patienten, findet sich nur einmal ein Sanierungserfolg, der durch eine Zahnextraktion erzielt werden konnte. Von den 5 Patienten wurden 2 tonsillektomiert, 2 gaben Gebißsanierungen an und bei einem wurden sowohl die Tonsillen entfernt als auch einige Zähne extrahiert.

Im Falle Nr. 80 waren nach der Tonsillenausschälung die Kopfschmerzen zunächst verschwunden, kehrten aber nach 2 Monaten mit der gleichen Intensität wieder. Es war also keine Dauerheilung eingetreten und deswegen, wie im Falle Nr. 81, bei dem die Tonsillektomie die Kopfschmerzen überhaupt nicht beeinflusste, kein Erfolg der Fokalsanierung zu verzeichnen. Auch im Falle Nr. 82, bei dem die Kopfschmerzen im Anschluß an ein Schädeltrauma aufgetreten waren, konnte weder durch die Entfernung der Tonsillen, noch durch die Extraktion mehrerer Zähne eine Heilung erzielt werden. Bei exakter Erhebung der Anamnese und sorgfältiger Untersuchung hätte hier sicherlich keine Fokalsanierung stattgefunden. Dem Patienten Nr. 83 brachte die Herdentfernung (Zahnextraktion) bereits am nächsten Tage vollständige Beschwerdefreiheit. Auch

hier drängt sich bei Würdigung der jetzt erhobenen Anamnese der späteren Lebensabschnitte, wie auch der jetzigen Diagnose (Osteochondrose), der Vergleich mit den Behandlungsergebnissen des cervikalen Bandscheibensyndroms mit Streckzug - und Repositionsbehandlung auf, wie sie derzeit viel geübt wird. Auch dabei tritt die völlige Beschwerdefreiheit häufig erst am Tage nach der Behandlung ein. Und wenn nochmals an die Möglichkeit einer ungewollten Reposition erinnert wird, wie sie bei der Zahnextraktion besteht, dann erscheint es fraglich, ob wir das Verschwinden der Kopfschmerzen ohne weiteres auf das Erfolgskonto der Fokalsanierung buchen dürfen. Unter diesem Aspekt ist vielleicht auch die vorübergehende Beschwerdefreiheit des Falles Nr. 80 zu erklären. Bei all diesen Erfolgen muß man aber auch an die erstaunlichen Ergebnisse denken, die zuweilen durch eine Heilanaesthesie erzielt werden können. - Der Versuch, die bereits mehr als zwei Jahrzehnte bestehende Trigeminusneuralgie der Patientin Nr. 85 durch eine Gebißsanierung zu beseitigen, blieb ohne positives Ergebnis.

VII. Verschiedene Erkrankungen. (16 Fälle)

85. S. H., geb. 14. 8. 1893.

Aufnahme: 13.7.1954.

Einweisungsdiagnose: Asthma bronchiale.

Mit 4 Jahren Diphtherie, wegen der tracheotomiert werden mußte. Mit 27 Jahren Scharlach. In früheren Jahren habe er jährlich einen Heuschnupfen gehabt. Deswegen war er 1950 zur Kur in Bad Reichenhall. Seitdem bekam er keinen Heuschnupfen mehr, aber nun hatte er plötzlich Asthma, das im Laufe der folgenden Jahre immer stärker wurde. 1951 war er wegen des Asthmas in Klinikbehandlung, während der ihm alle Zähne extrahiert wurden. Das Asthma blieb jedoch auch hiervon gänzlich unbeeinflusst. Die Anfälle wurden eher noch schwerer. Jetzt: In letzter Zeit gehäuft schwere Asthmaanfälle. Sie treten meist nach Kälte - oder Nässeeinwirkung auf, sowie bei Witterungswechsel. Vor 4 Tagen wieder schwerer Anfall, wobei Herzschmerzen auftraten. In den letzten Tagen starker Husten mit weißlichem, zähem Auswurf.

Diagnose: Asthma bronchiale.

Epikrise: Bei diesem Patienten, dessen Heuschnupfen vor 4 Jahren nach einer klimatischen Kur durch ein Bronchialasthma abgelöst wurde, führte man wegen dieses Asthmas vor 3 Jahren eine Fokalsanierung durch. Aber die Extraktion sämtlicher Zähne befreite ihn nicht von seinem Leiden, das in der Zeit danach eher noch schlimmer geworden ist.

86. F. M., geb. 15. 3. 1902.

Aufnahme: 22.6.1953.

Einweisungsdiagnose: Zur Beobachtung.

Früher nie ernstlich krank gewesen. Vor 4 Jahren begab sie sich wegen Atembeschwerden in ärztliche Behandlung. Sie konnte nicht recht durchatmen wegen eines Druckgefühls auf der Brust. Außerdem bestand dann auch ein Reifgefühl, das von den Schulterblättern ausging und sie einengte. Nach gründlicher Untersuchung wurden die Tonsillen als die Ursache des Übels angeschuldigt und deshalb im Jahre 1949 die Tonsillektomie durchgeführt. Die Beschwerden blieben jedoch unverändert. Im nächsten Jahr wurde nach neuerlicher eingehender Untersuchung von einem anderen Arzt eine chronische Blinddarmentzündung festgestellt und diese für die Atembeschwerden verantwortlich gemacht. Nach sofort durchgeführter Appendektomie verschwanden die Beschwerden jedoch nicht. Es wurde deshalb weiter nach einer Krankheitsursache gesucht und dabei an 2 Zähnen Granulome festgestellt. Doch auch nach der Gebißsanierung trat keine Besserung ein, das Druckgefühl und die Atembeklemmung blieben weiterhin bestehen. Vor einem Jahr Unterleibsoperation wegen Myom. Seitdem Klimakterium. Im letzten Jahr traten nun zu den Atembeschwerden noch Schmerzen am linken Bein und außerdem noch öfter Hexenschüsse auf. Auch in den Schultergelenken stellten sich noch Schmerzen ein. Die Reifgefühle um die Brust wurden zudem noch schlimmer. Deswegen wurden zeitweilig Impletolquaddeln in die Schulterregion appliziert, ohne eine Besserung herbei zu führen. Als man nun neben den beiden extrahierten Zähnen noch ein Granulom fand, wurde auch dieses vor einem Jahr entfernt. Auch jetzt blieb der Erfolg der Behandlung aus.

Jetzt: Bei Aufregungen, aber auch sonst, Atemnot mit Druck- und Reifgefühl auf der Brust. Schmerzen in den Schultern, sowie im linken Ellenbogengelenk. Spannungsgefühl in der

rechten Gesichtshälfte und der rechten Halsseite, wie bei Zahnweh. Sehr oft bei ungeschickten Bewegungen mit dem Kopf treten halbseitige Kopfschmerzen auf. Zeitweilig heftige Kreuzschmerzen mit Ausstrahlungen ins linke Bein.

Diagnose: Osteochondrose der gesamten Wirbelsäule.

Epikrise: Bei dieser Patientin war es zu Engegefühlen und Druck auf der Brust gekommen, sodaß sie nicht mehr richtig durchatmen konnte, was sie besonders bei kleineren Anstrengungen merkte. Wegen dieser Beschwerden wurde vor 4 Jahren tonsillektomiert. Da keine Besserung eintrat, entfernte man im nächsten Jahre zur Fokalsanierung die Appendix. Nachdem auch dieser Eingriff erfolglos blieb, versuchte man durch Gebißsanierungen die Beschwerden zu beseitigen, was ebenfalls mißlang. In den nun folgenden Jahren gesellten sich zu den Druck- und Reifgefühlen mit den Atembeschwerden noch Lumbalgien, Ischialgien und Schulterschmerzen. Zuletzt kam noch eine halbseitige Kopfschmerz hinzu. Bei der Untersuchung konnte jetzt an Herz und Lunge kein krankhafter Befund erhoben werden; aber es fand sich eine grobe Osteochondrose der gesamten Wirbelsäule. Nach entsprechender Behandlung mit Bädern, Massage und Streckzügen, konnten die sämtlichen Beschwerden der Patientin weitgehend beseitigt werden.

87. H. J., geb. 26. 1. 1922.

Aufnahme: 17.9.1952.

Einweisungsdiagnose: Zur Beobachtung.

Früher nie ernstlich krank gewesen. 1943 Kniescheibendurchschuß rechts. Seit der Entlassung aus der Gefangenschaft im Jahre 1948 laufend Beschwerden im Magen, Gewichtsabnahme, Abgespanntheit, Mattigkeit, Leistungsschwäche und Nervosität. Es erfolgte deswegen vor einem Jahr während einer Krankenhausbehandlung eine Gebißsanierung. Laut Arztbericht sei der Patient nach der Gebißsanierung bei guter Kost richtig aufgeblüht.

Jetzt: Patient klagt jetzt wieder die gleichen Beschwerden wie vor einem Jahr. Er gibt an, daß er bereits 6 Wochen nach der Krankenhausentlassung im vorigen Jahr wieder genau so elend gewesen sei wie vorher, obwohl er daheim noch besseres Essen gehabt habe.

Diagnose: Nebennierenrindenschwäche. Deutliche Leistungssteigerung und Besserung der Beschwerden durch Nebennierenrindenpräparate.

Epikrise: Bei diesem Patienten, der sich seit der Gefangenschaft nicht mehr recht erholen konnte, wurde vor einem Jahr wegen angenommener Fokalttoxikose eine Gebißsanierung durchgeführt. Danach sei er bei guter Kost richtig aufgeblüht. Aber schon 6 Wochen nach der Krankenhausentlassung war trotz guter Verpflegung der alte Zustand wieder eingetreten. Nach entsprechender Diagnosestellung wurden ihm jetzt Nebennierenrindenpräparate verabreicht, die schon nach wenigen Tagen deutliche Besserung brachten.

88. S. O., geb. 23. 8. 1925.

Ambulanz: 29.4.1954.

Mit 3 Jahren Diphtherie, damals Mandelkappung. Als Kind häufig Halsentzündungen, die auch in den späteren Jahren nach jeder Erkältung auftraten. Ende 1944 nach einer Durchnässung erstmals rheumatische Beschwerden in der linken Schulter, die in der Folgezeit immer nach Abkühlungen auftraten, und durch Ein-

reibungen gebessert werden konnten. Nach dem Kriege während der Studentenzeit war er immer sehr abgeschlagen, müde und angespannt. Da für diese Beschwerden eine chronische Tonsillitis verantwortlich gemacht wurde, erfolgte im Jahre 1949 die Tonsillektomie. Nach dem Eingriff besserte sich das Allgemeinbefinden und er fühlte sich in der Folgezeit wie neugeboren. Auch die rheumatischen Beschwerden hätten sich deutlich gebessert.

Jetzt: Klagt jetzt in der letzten Zeit wieder zunehmende rheumatische Beschwerden in der linken Schulter. Öfter steifer Hals. Bei Auftreten der Schulterschmerzen oft Herzklopfen.

Diagnose: Beginnende Osteochondrose der HWS.

Epikrise: Dieser Patient, der sehr häufig Anginen hatte, wurde vor 5 Jahren wegen allgemeiner Leistungsschwäche tonsillektomiert. Nach dem Eingriff besserte sich sein Allgemeinbefinden sehr, und er fühlte sich wie neugeboren. Wenn auch die vor der Sanierung schon bestehenden rheumatischen Beschwerden nicht ganz verschwanden und neuerdings wieder verstärkt auftreten, so soll doch ein Erfolg der Fokalsanierung anerkannt werden, da ja wegen der Leistungsschwäche fokalsaniert wurde.

89. R. G., geb. 25. 9. 1931.

Aufnahme: 22.8.1953.

Einweisungsdiagnose: Postpartuale Magersucht.

Kinderkrankheiten nicht erinnerlich. Menarche mit 17 Jahren. Menses 28/4 Tage, starke Schmerzen dabei. Am 30.4.53 Frühgeburt. Vor 2 Jahren wurde wegen allgemeinem Schwächegefühl, Gewichtsabnahme, Schwindelgefühlen und Ohnmachten die Tonsillektomie vorgenommen. Nach der Operation ging es ihr ein halbes Jahr besser, dann kamen die alten Beschwerden wieder. In der 2. Hälfte der Schwangerschaft sei es ihr dann wieder besser gegangen. Nach der Entbindung trat wieder das Schwächegefühl und die Gewichtsabnahme ein. Die Lunge sei schon zweimal nachgesehen worden und sei gesund.

Jetzt: Schwindelgefühle, Ohnmachten, Schläppheit, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme.

Diagnose: Hypophysäre Dysfunktion.

Epikrise: Bei dieser Patientin war vor 2 Jahren wegen Leistungsschwäche, Gewichtsabnahme und Schwindelgefühlen tonsillektomiert worden. Für ein halbes Jahr trat eine Besserung ein, dann kam der alte Zustand wieder. Während der 2. Hälfte der nun folgenden Schwangerschaft verschwanden die Beschwerden (hormonales Einspringen der Placenta?) nochmals, um sich nach der Entbindung (Frühgeburt!) wieder einzustellen. Von einem bleibenden Erfolg kann bei dieser endokrin bedingten Erkrankung wohl nicht die Rede sein.

90. M. D., geb. 1. 12.1920.

Aufnahme: 6.2.1953.

Einweisungsdiagnose: z.B. endokrine Störung.

Mit 4 Jahren Diphtherie. 1941 Knöchelbruch rechts. Menarche mit 13 Jahren, Menses 28/4 Tage.

Jetzt: Im November 1950 habe sie einen Nervenzusammenbruch gehabt nach einer Auseinandersetzung mit dem Meister in ihrem Betrieb. Die Hände und Arme seien steif geworden und sie habe die Besinnung verloren. Angeblich sei sie erst mehrere Stunden später daheim in ihrem Bett wieder zu sich gekommen. Nachdem sie ein viertel Jahr daheim war, ging es ihr wieder besser, sodaß sie die Arbeit wieder aufnehmen konnte. Doch schon bald nach der Arbeitsaufnahme stellte sich wieder ein Gefühl der

Müdigkeit und Mattigkeit ein, das schon vor dem angeblichen Nervenzusammenbruch bestanden habe. Sie sei aber sehr zappelig und nervös gewesen und habe häufig Kopfweh gehabt. Deswegen kam sie im Sommer 1951 ins Krankenhaus, wo nach ihren Angaben nichts Besonders gefunden worden sei. Man habe ihr lediglich geraten, wegen der Beschwerden die Mandeln entfernen zu lassen, weil sie entzündet und an allem schuld seien. Die Tonsillektomie wurde dann durchgeführt (1951), brachte jedoch keine Besserung. Im Januar 1952 war sie dann zur Kur in Bad-König. Danach habe sie sich bis zum Sommer 1952 wohlfühlt. Dann stellten sich wieder die alten Beschwerden ein, starkes Kopfweh, Händekribbeln und Mattigkeit. Im letzten Halbjahr kamen noch Schmerzen im Genick und im Kreuz hinzu. Im November 1952 habe sie einen ähnlichen Krampfanfall gehabt wie 2 Jahre vorher. Nur bewußtlos sei sie diesmal nicht gewesen. Dem Anfall sei wieder eine starke seelische Erregung vorausgegangen.

Diagnose: Vegetative Dystonie mit tetanischen Zügen.

Epikrise: Die Patientin, bei der unverkennbare Zeichen einer vegetativen Dysregulation bestehen, ließ sich wegen ihrer Beschwerden vor 2 Jahren die Mandeln ausschälen. Nach dem Eingriff trat keine Besserung ein. Bei der jetzigen Untersuchung konnte außer einer orthostatischen Kreislauffunktionsstörung kein faßbarer krankhafter Befund erhoben werden.

91. B. A., geb. 24. 2. 1923.

Aufnahme: 3.10.1953.

Einweisungsdiagnose: Zur Implantation.

Als Kleinkind Lungenentzündung. Mit 9 Jahren Masern. Mit 12 Jahren Erschöpfungszustand, sodaß sie in der Schule 6 Monate pausieren mußte. Mit 13 Jahren Sturz mit dem Hinterkopf aufs Eis. Keine ärztliche Behandlung. Mit 18 Jahren Scharlach. Mit 21 Jahren (1944) sei eine Myocardschädigung festgestellt worden. Am 26.12.1951 nach normaler Schwangerschaft Schnittentbindung wegen Plazenta praevia. Postoperativ trat eine Beckenvenenthrombose ein. Im Januar 1952 habe sie während des 8 wöchigen Krankenlagers angeblich 2 Embolien in den Kopf gehabt. Ausfallerscheinungen sind unbekannt. Damals habe sie eine Anämie gehabt, HB 30%. Seit der Entbindung Leistungs-schwäche, Mattigkeit und Müdigkeit. Angeblich 15 kg Gewichtsabnahme. Seitdem mußten die Speisen, im Gegensatz zu früher, gut gewürzt sein. Nach ihrem Krankenlager hatte die Haut eine gelbbraune Färbung angenommen. Bei körperlicher Belastung trat Herzklopfen auf und bei schnellem Aufstehen Schwindel. Sie friert sehr viel und leicht. Wegen all dieser Beschwerden wurden im August 1952 etwa 20 Zähne extrahiert. Nach der Gebissanierung stellte sich keine Besserung ein. Vom Hausarzt habe sie dann noch 5 Campolonspritzen bekommen, die auch nicht halfen.

Bei erneuter Krankenhausbehandlung im Januar 1953 wurde eine pluriglanduläre Störung angenommen und deswegen Hypophyse implantiert. Nach der Implantation wesentliche Besserung, die etwa 4 Monate anhielt. Es wurde dann nochmals implantiert und das half bis jetzt vor 3 Wochen, 5 Monate lang.

Jetzt: Da in den letzten 3 Wochen wieder die alten Beschwerden sich bemerkbar zu machen beginnen, kommt sie jetzt zur Implantation. Die gelbbraune Tönung der Haut ist fast völlig verschwunden.

Diagnose: Hypophysär - diencephale Störung.

Epikrise: Bei dieser Patientin war es im Anschluß an eine operative Entbindung zu einer Beckenvenenthrombose und dann

zu einer allgemeinen Leistungsschwäche gekommen, verbunden mit einer gelbbraunen Pigmentierung der Haut. Die deswegen vorgenommene Gebissanierung vor 18 Monaten brachte keine Besserung, während die im letzten 3/4 Jahr mehrfach durchgeführten Hypophysenimplantationen doch einen deutlichen Effekt zeigen.

92. V. B., geb. 11. 5. 1930.

Aufnahme: 15.12.1952.

Einweisungsdiagnose: Zur Tonsillektomie.

Patientin wurde am 22.12.1952 der inneren Abteilung zur klinischen Durchuntersuchung überwiesen.

Als Schulkind Masern. Menarche mit 16 Jahren, Periode alle 6 - 8 Wochen, schwach, mit Leibschmerzen. 1950 sei sie einmal beim Bettenmachen über das Bett gefallen und ohnmächtig geworden. Damals bei Aufregungen immer Brechreiz und Schläfenkopfschmerz. Sie sei öfter ohne Veranlassung hingefallen, habe sich aber dabei nie weh getan. Sie sei dabei etwa 1/2 bis 1 Minute bewusstlos gewesen. Kein Untersichlassen, kein Zungenbiß. Atemnot bei Anstrengungen. Schweißneigung. Die Atmung sei ihr manchmal wie abgesperrt gewesen. 1951, während einer Krankenhausbehandlung wegen dieser Beschwerden, habe sie noch Scharlach bekommen. Im gleichen Jahr sei sie an der Schilddrüse operiert worden.

Jetzt: Wegen der obigen Beschwerden wurde die Patientin am 15.12.1952 tonsillektomiert. Da sich die Beschwerden seit der Operation verschlimmerten und sie noch Schmerzen im Rücken bekommen habe, erfolgte Überweisung an die innere Abteilung. Hier wurde beim Hyperventilationsversuch ein tetanischer Anfall mit positivem Chvostek und Trousseau'schen Phaenomen beobachtet, der nach intravenöser Calciumgabe sofort verschwand. Ca-Spiegel 9,5 mg %.

Diagnose: Verdacht auf postoperative Tetanie. Entlassung erfolgte vorzeitig auf eigenen dringenden Wunsch am 24.12.52 völlig beschwerdefrei.

Rückfrage: 20.2.1954: Keine Besserung durch die Tonsillektomie. Schon wenige Tage nach der Entlassung kamen die alten Beschwerden wieder. Seit sie AT lo bekomme (März 1953) gehe es ihr gut.

Epikrise: Die Patientin, die schon vor einer Schilddrüsenoperation ein Anfallsgeschehen hatte, wurde wegen ihrer Beschwerden tonsillektomiert. Bei der anschließenden klinischen Untersuchung, die besser vor dem Eingriff vorgenommen worden wäre, bot die Patientin einen klassischen tetanischen Anfall, der durch Calciumgaben coupiert werden konnte. Während die Tonsillektomie keine Besserung brachte, ist die Patientin nunmehr mit AT lo schon ein Jahr beschwerdefrei.

93. W. E., geb. 24. 12. 1934.

Aufnahme: 11.10.1952.

Einweisungsdiagnose: Tetanie.

Seit 1949 krampfartige Schmerzen bei der Menses (28/7). Seit einem Jahr psychische Veränderung. Sie müsse weinen, ohne einen Grund dafür angeben zu können. Sie habe Anfälle, die beim Gehen kommen. Es gehe ihr plötzlich der Orientierungssinn verloren, dann setze Herzklopfen ein. Die Hände werden feucht und es ziehe ein eigenartiges Gefühl aus der Hand in den Unterarm. Die Finger werden verkrampft. Sie bekomme Enggefühle und die Umgebung werde nur noch verschwommen gesehen, jedoch deutlich unterschieden. Dann bekomme sie noch Ohren-

sausen und ein Zucken im ganzen Körper. Beim Schnellgehen sitze ihr etwas im Hals, so daß sie nicht durchatmen könne. Nachts habe sie Beklemmungsgefühle in der Brust. Sie habe dann im Spätjahr eine Angina gehabt, die ihre Krankheit noch schlimmer gemacht habe. Deswegen wurde 1951 ein Monat nach dieser Angina die Tonsillektomie durchgeführt. Nach der Operation habe sie hohes Fieber gehabt und deswegen Penicillin bekommen. Die Beschwerden wurden durch die Operation nicht beeinflusst und ihr Leiden blieb unverändert. Sie habe später AT 10 bekommen und Calcium. Anfangs sei diese Behandlung erfolgreich gewesen, aber seit längerer Zeit sei sie auch wirkungslos. Nach einer Nebenschilddrüsen-Implantation im August 1952 trat ebenfalls zunächst Besserung ein. Jetzt habe sie aber wieder ihre alten Beschwerden.

Jetzt: Neben den oben angeführten Sensationen klagt sie über Atemsperrre und gehäufte Krampfanfälle der Hände. Es sause ihr oft wie Noténpünktchen vor den Augen, so daß sie nichts mehr sehen könne. Danach habe sie oft heftiges Kopfwch.

Diagnose: Neurogene Tetanie.

Epikrise: Die Patientin, deren Krankheitsbild als neurogene Tetanie gewertet wurde, unterzog sich vor einem Jahr der Tonsillektomie. Dem Sanierungseingriff war kein Erfolg beschieden. Vielleicht kann durch eine psychotherapeutische Behandlung der bedauernswerten Patientin besser geholfen werden.

94. M. L., geb. 13. 5. 1907.

Aufnahme: 17.3.1952.

Einweisungsdiagnose: Mitralstenose.

Als Kind Masern. Später öfter Halsentzündungen. 1932 Appendektomie. Eine normale Geburt. Menses o.B. 1940 setzte ein hartnäckiger Husten ein. Wegen Verdacht auf Keuchhusten erfolgte Klimawechsel. Da aber eine Verschlimmerung des Hustens eintrat, fuhr sie schleunigst wieder heim. Daheim wurde es etwas besser, aber der Husten blieb. Im gleichen Jahr wurden vereiterte Tonsillen festgestellt und - da man sie für den Husten verantwortlich machte - wurde tonsillektomiert. Im Anschluß an den Eingriff bekam sie eine Pneumonie. Es wurden bei der Röntgenuntersuchung angeblich Bronchiektasen festgestellt und sie später mit Husten nach Hause entlassen. In den folgenden Jahren habe sie immer Husten gehabt, mal schlimmer, mal weniger schlimm, aber immer sehr lästig. 1948 wegen starker Zahnschmerzen im Oberkiefer Extradaktion sämtlicher Oberkieferzähne (Prothese). Im gleichen Jahre wurde wegen des Hustens eine Serie von Penicillineinspritzungen gemacht, aber damit keine Besserung erzielt. Im Jahre 1950 trat während eines Kuraufenthaltes in Bad Reichenhall eine Besserung des Hustens ein. Seit September 1951 traten Herzbeschwerden auf. Zunehmende Atemnot schon bei kleinsten Anstrengungen.

Diagnose: Mitralstenose.

Epikrise: Diese Patientin, die in ihrer Jugend öfter Halsentzündungen hatte, wurde wegen eines hartnäckigen Hustens vor 12 Jahren tonsillektomiert. Nach diesem Eingriff kam es zu einer Pneumonie, nach deren Heilung der Husten immer noch bestand. Eine radikale Gebißsanierung, die 8 Jahre später durchgeführt wurde, blieb ebenfalls ohne Einfluß auf den Husten. Es ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß die jetzt festgestellte Mitralstenose schon vor 12 Jahren die Ursache des Hustens war.

95. F. P., geb. 5. 12. 1918.

Aufnahme: 26.9.1952.

Einweisungsdiagnose: Kopfplatzwunde und Commotio cerebri. Früher angeblich nie ernstlich krank gewesen. Seit 3 Jahren Bronchitis und außerdem Enge am Herzen. Vom Kontrollarzt wurde er zum HNO-Facharzt geschickt, und von diesem vor 3 Monaten tonsillektomiert, da die Tonsillen an der Bronchitis schuld gewesen seien. Es trat jedoch keine Besserung ein, sodaß er wegen der Bronchitis seinen Beruf als Bäcker aufgeben mußte. Jetzt: Bei einem Verkehrsunfall vom Motorrad gestürzt und längere Zeit bewußtlos gewesen. Immer noch Bronchitis mit viel Husten, glasigem Auswurf und Atemnot. Zeitweilig Herzenge. Diagnose: Commotio cerebri, Kopfplatzwunde. Chronische Bronchitis.

Rückfrage: 10.12.1953. Immer noch Bronchitis. In letzter Zeit öfter Asthmaanfälle.

Epikrise: Bei diesem Patienten wurde wegen einer chronischen Bronchitis vor einem Jahr die Tonsillektomie durchgeführt. Das Leiden besserte sich jedoch nicht, sodaß der Mann seinen Beruf als Bäcker aufgeben mußte, ja in der letzten Zeit scheint es noch zu einer Verschlimmerung gekommen zu sein.

96. S. A., geb. 17. 12. 1932.

Aufnahme: 7.3.1954.

Einweisungsdiagnose: Pleuritis-Grippe.

Mit 6 Jahren Diphtherie. 1944 Meningitis. Im Jahre 1949 längere Zeit Magenkatarrh. Als Ursache dieser Erkrankung wurde vom Hausarzt eine chronische Mandelentzündung festgestellt. Die Mandeln wurden dann sofort entfernt und schon kurze Zeit später verschwanden die Magenbeschwerden vollständig und sind seitdem nicht mehr aufgetreten.

Jetzt: Seit 8 Tagen Husten, Schnupfen, Stechen in der linken Brustseite. Kopfschmerzen, Fieber.

Diagnose: Grippaler Infekt.

Epikrise: Da bei dieser Patientin vor 5 Jahren ein länger andauernder Magenkatarrh bestand, dessen Ursache in einer chronischen Tonsillitis bestanden habe, erfolgte die Tonsillektomie. Nach der Operation verschwanden die Magenbeschwerden und die Patientin blieb in der Folgezeit gesund. Die Fokalsanierung war hier erfolgreich.

97. L. M., geb. 30. 12. 1908.

Aufnahme: 13.6.1952.

Einweisungsdiagnose: Colitis.

Mit 10 Jahren Mittelohrentzündung. Vor 15 Jahren Urethritis. 1942 Halsdurchschuß. Von 1940 - 1946 Fistel am After, die operativ beseitigt wurde. 1945 in Afrika Bazillenruhr. Deswegen mehrmals Lazarettbehandlung. In den folgenden Jahren immer wieder gelegentlich Durchfälle mit schleimig-eitrigen Stühlen, Zeitweilige Verstopfung mit viel Blähungen und dann wieder Durchfälle. Wegen dieser Beschwerden, die seit der Ruhr immer wieder auftraten, wurde im Jahre 1950 appendektomiert, da eine chronische Appendicitis als die Ursache dieser Störungen angesehen wurde. Die Diagnose war vom Röntgenologen gestellt worden, der wegen der Durchfälle eine Magen-Darm-Passage durchführte. Nach der Appendektomie trat keine Besserung ein. Deshalb wurden im gleichen Jahre mehrere mit Granulomen behaftete Zähne, denen man jetzt die Schuld gab, extrahiert. Auch dann trat keine Besserung ein. Im nächsten Jahr wurde wegen einer Ascaridiasis eine Ascaridolkur durchgeführt,

die die Verdauungsstörung aber auch nicht bessern konnte. Jetzt: Unabhängig von den Mahlzeiten Schmerzen im Magen. Seit der Ruhr wechselnd feste Stühle und Durchfälle. Wenig Appetit. Gewichtsabnahme.

Diagnose: Duodenaldivertikel.

Epikrise: Der Patient, der 1945 eine Bazillenruhr durchmachte und in den folgenden Jahren immer wieder über Verdauungsbeschwerden klagte, wurde deswegen vor 2 Jahren appendektomiert. Da keine Besserung eintrat, erfolgte noch im gleichen Jahr die Extraduktion mehrerer granulombehalteter Zähne. Die Beschwerden blieben jedoch unverändert und sind zur Zeit vielleicht auch mit dem gefundenen Duodenaldivertikel in ursächliche Verbindung zu bringen, soweit es sich nicht um Folgeerscheinungen der durchgemachten Ruhr handelt.

98. S. F., geb. 3. 2. 1920.

Aufnahme: 12.8.1954.

Einweisungsdiagnose: Gallenleiden, z.B. Nervenleiden.

Als Kind Masern. Öfter Mandelentzündungen bis zur Mandelkapung im 12. Lebensjahr. Menarche mit 13 Jahren. Menses 32-37/5-6 Tage, sehr starke Blutung. 1944, 1949 und 1952 normale Geburten. 1947 Fehlgeburt, angeblich wegen Vitaminmangel. 1951 Eierstockentzündung. Damals sei auch eine chronische Appendizitis festgestellt worden.

Jetzt: Schmerzen und oft plötzliches Zusammensucken in der Blinddarmgegend. Bei der Periode und im Intermenstruum Verschlimmerung dieser Beschwerden. Dann auch stechende Schmerzen beim Gehen. Manchmal Ausstrahlungen dieser Schmerzen an den rechten Rippenbogen und ins Kreuz. Wegen dieser Beschwerden wurden vor 2 Jahren 8 Oberkieferzähne extrahiert. Es erfolgte keine Besserung. Zu diesen Schmerzen kamen vor einem Jahr noch Koliken mit Brechreiz und Erbrechen. Bei Genuß von fetten Speisen Zunahme dieser Beschwerden. Aber auch ohne Fettgenuß treten bei plötzlichen Drehbewegungen des Oberkörpers diese Beschwerden mit Koliken auf. Schon längere Zeit Kreuzschmerzen besonders beim Waschen und Bücken, mit Ausstrahlungen ins rechte Bein. Kopfschmerzen, die vom Nacken herauziehen, besonders wenn sie eine Schürze im Nacken gebunden habe oder ein enges Kleid am Nacken fest anliege. Dann ziehen die Schmerzen über den Kopf bis herunter in die Zähne. Auch beim plötzlichen Kopfdrehen treten diese Schmerzen auf. Sie kann nicht auf dem Hinterkopf liegen, weil sonst auch die Schmerzen kommen. Die Finger werden manchmal pelzig. Öfter wehes Gefühl am Herzen.

Diagnose: Osteochondrose der gesamten WS. Parametritis.

Epikrise: Bei dieser Patientin wurde vor 2 Jahren wegen Schmerzen in der rechten Bauchseite eine Gebißsanierung durchgeführt. Die weitere Anamnese, die auch von der Erfolglosigkeit der Sanierung berichtet, sowie die klinische Untersuchung ergaben, daß die Beschwerden der Frau eine vertebrale Ursache haben. Eine entsprechende Behandlung brachte weitgehende Beschwerdefreiheit.

99. W. F., geb. 3. 4. 1909.

Aufnahme: 4.5.1954.

Einweisungsdiagnose: z.B. Nebennierenfunktionsstörung.

In der Familie keine Besonderheiten bekannt.

Mit 13 Jahren Gelenkrheumatismus mit Fieber und Bewegungsunfähigkeit der Gelenke. Im gleichen Lebensjahr Röntgenbestrahlung der Halslymphdrüsen. 1936 Operation einer Struma

retrosternalis. Im gleichen Jahr wegen Unterleibsblutungen und Gebärmutterpolyp Curettage. Vor 5 Jahren Pleuritis sicca. Menses 28/5-6 Tage ohne Beschwerden.

Jetzt: Seit 6 Jahren (39. Lebensjahr) allgemeiner Pruritus. Zuerst erfolgreiche Behandlung durch Dermatologen, der Calzium, Höhensonne und eine Salbe verordnet habe. Der Juckreiz verschwand und blieb 3 Monate weg. Dann trat erneut der Juckreiz auf, der seither allen Behandlungsversuchen trotzte. 8 Tage vor der Periode sei es am allerschlimmsten. Besonders unangenehm sei der Juckreiz in der Nacht. Seit etwa 2 Jahren braunes bis schwarzes Hautkolorit am ganzen Körper, an belichteten und unbelichteten Stellen. Seit der gleichen Zeit wird die Sonne nicht mehr vertragen. Seitdem Sucht nach Süßigkeiten.

Seit der Juckreiz besteht, wurden im Laufe der Jahre sämtliche Zähne extrahiert, die letzten vor einem Jahr, weil man glaubte, sie seien beherdet und wären an dem Juckreiz und der Hautverfärbung schuld. Auch diese Maßnahmen hatten jedoch keinen Einfluß auf das Krankheitsgeschehen. In den letzten 2 Jahren öfter Atemnot. Bei längerem Stehen Kreuzschmerzen. Vor einem Jahr wurde im Krankenhaus Mannheim eine Laparoskopie und Leberpunktion durchgeführt und dann eine Lebercirrhose festgestellt. Eine Kur in Bad Mergentheim war jetzt auch ohne Erfolg.

Diagnose: Lebercirrhose. Sekundärer Hypocorticismus. Haemochromatose.

Epikrise: Diese Patientin, bei der seit 6 Jahren ein intensiver Juckreiz am ganzen Körper besteht und bei der in den letzten 2 Jahren eine braunschwarze Hautpigmentierung aufgetreten war, opferte wegen dieses Leidens nach und nach sämtliche Zähne, ohne eine Linderung zu erreichen. Es handelt sich um eine Lebercirrhose bei Haemochromatose mit sekundärem Hypocorticismus.

100.A. A., geb. 1. 2. 1997.

Aufnahme: 28.4.1953.

Einweisungsdiagnose: Klimakterium, Herzinsuffizienz, z.B. Anaemie.

In der Kindheit bei der geringsten Erkältung Halsschmerzen. Sie sei immer blutarm gewesen. Seit der Jugend chronische Obstipation. 1919 habe sie blutende Darmgeschwüre gehabt. 1922 sei sie lungenkrank gewesen. Sie habe davon heute noch einen Fleck auf der Lunge. Im Jahre 1927 habe sie immer erhöhte Temperaturen gehabt, manchmal bis 38,8 Grad, für die keine Ursache gefunden worden sei. Es wurde dann eine chronische Tonsillitis dafür verantwortlich gemacht und die Tonsillektomie durchgeführt. Nach der Operation seien die Temperaturen kurze Zeit normal gewesen. Dann habe sie immer wieder, auch in den folgenden Jahren, zeitweilig Temperaturen und Fieber bis 38,8 Grad gehabt. Sie wurde deswegen sehr oft untersucht, man habe jedoch nie einen Grund für die erhöhten Temperaturen finden können. Sie habe sich dabei auch nicht eigentlich krank gefühlt. Die Periode sei früher oft unregelmäßig gewesen. Sie habe einmal ein ganzes Jahr Medikamente einnehmen müssen, damit die Periode wiederkäme. In den Jahren vor der Menopause, die seit 2 Jahren eingetreten sei, war die Periode regelmäßig. Keine Geburt, keine Fehlgeburt.

Jetzt: Seit 4 - 5 Jahren allgemeine Schwäche. Fühlt sich elend und müde, besonders bei Witterungswechsel. Hat viel Kopfschmerzen. Schmerzen im Kreuz, die Beine schmerzen und werden manchmal dick. Manchmal bohrende Schmerzen in der oberen Len-

denwirbelsäule. Zeitweilig erhöhte Temperaturen.

Diagnose: Hypocorticismus? Cervixpolyp. (BKS normal).

Während des stationären Aufenthaltes wurden bei relativem Wohlbefinden mehrfach Temperaturen bis 38,8 Grad gemessen, für die keine Ursache gefunden werden konnte.

Epikrise: Die Patientin wurde vor 26 Jahren tonsillektomiert, weil bei ihr immer wieder Temperatursteigerungen aufgetreten waren. Für kurze Zeit nach dem Eingriff seien die Temperaturen normal gewesen, um dann in der Folgezeit wieder ohne ersichtlichen Grund, bei sonstigem Wohlbefinden, anzusteigen. Auch bei der jetzigen klinischen Behandlung bestanden laufend Temperaturen zwischen 37,1 und 38,8 Grad bei sonst völlig normalen Untersuchungsbefunden.

Tabellarische Übersicht

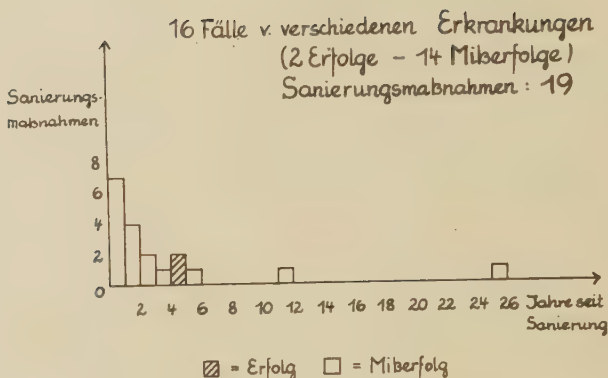
Nr.	Ein- griff	Jahre seit Sanierung	Erfolg	= +	Untersuchung wegen anderer Krankheit	= a
			Mißerfolg	= -	gleicher "	= g
85	Z	3	-		g	
86	T/AZ/Z	4 u. 3 u. 1	-		g	
87	Z	1	-		g	
88	T	5	+		a	
89	T	2	-		g	
90	T	2	-		g	
91	Z	1	-		g	
92	T	1	-		g	
93	T	1	-		g	
94	T	12	-		g	
95	T	1	-		a	
96	T	5	+		a	
97	AZ	2	-		g	
98	Z	2	-		g	
99	Z/Z	6 - 1	-		g	
100	T	26	-		a	

9 Tonsillektomien (T), 4 Gebißsanierungen (Z), 1 Appendektomie mit gleichzeitiger Gebißsanierung (AZ), 1 Tonsillektomie, Appendektomie mit gleichzeitiger Gebißsanierung und nochmals Gebißsanierung in längeren Abständen von einander (T/AZ/Z), 1 mehrfache Gebißsanierung (Z/Z).

Bei 16 Patienten wurden wegen verschiedener Krankheitsbilder insgesamt 19 von einander unabhängige Sanierungsmaßnahmen durchgeführt, von denen 2 erfolgreich und alle übrigen erfolglos waren.

Wegen der gleichen Krankheit kamen 12 Personen zur Untersuchung. Von ihnen war niemand durch die Fokalsanierung geheilt worden. Wegen anderer Erkrankungen kamen jetzt 4 Personen, unter denen sich zwei befanden, die durch einen Sanierungseingriff von einem Leiden befreit worden waren.

Die Zeitspanne von der Sanierung bis zur Befragung beträgt 1 - 26 Jahre. Die beiden Erfolge bestehen seit 5 Jahren.



Bei den letzten 16 Patienten war wegen der verschiedenartigsten Leiden eine Fokalsanierung durchgeführt worden. Dabei waren neunmal die Tonsillenausschälung und fünfmal eine Gebißsanierung vorgenommen worden. Des weiteren hatte man in einem Fall vor der Zahnextraktion den als Fokus verdächtigen Wurmfortsatz entfernt. In einem anderen Falle war im Rahmen der Herdbeseitigung ein Jahr nach der Tonsillektomie die Appendektomie mit gleichzeitiger Gebißsanierung erfolgt und, als man später nach zwei Jahren nochmals ein Zahngranulom gefunden hatte, war auch dieser Zahn noch extrahiert worden.

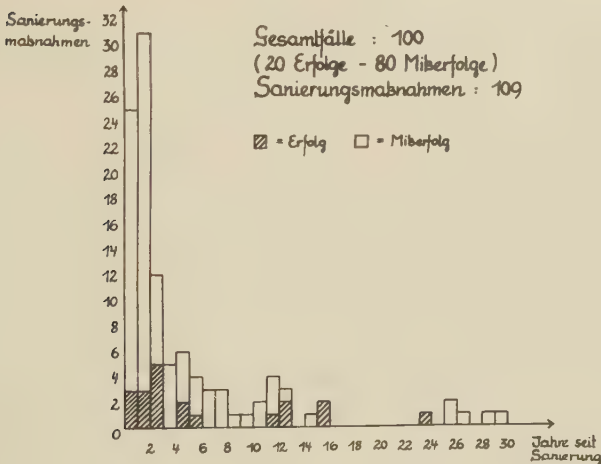
So versuchte man im Falle Nr. 85 vergeblich ein Bronchialasthma durch die Extraktion aller Zähne zu beseitigen. Im Falle Nr. 86 wurde wegen eines Druck- und Reifgefühls auf der Brust, das auch die Atmung behinderte, zunächst die Tonsillektomie veranlaßt. Im nächsten Jahr opferte man der Fokalsanierung die Appendix und zwei Zähne: die Beschwerden blieben jedoch auch jetzt unbeeinflusst, ja es kamen noch neue hinzu. Da man zwei Jahre später nochmals ein Zahngranulom fand, extrahierte man nochmals einen Zahn, mit dem gleichen negativen Erfolg. Erst nach der Erkennung der vertebrealen Ursache der Beschwerden, konnte jetzt eine deutliche Besserung erzielt werden. Bei dem Patienten Nr. 87 brachte die Gebißsanierung bei guter Kost nur vorübergehende Besserung. Der körperliche Erschöpfungszustand, als dessen Ursache später eine Nebennierenrindenschwäche erkannt wurde, war dann durch eine entsprechende Substitutionstherapie auch ohne weitere Fokalsanierung

gut zu beeinflussen. Wenn der Fall Nr. 88 als Erfolg der Fokalsanierung gebucht wurde, dann sollte aber nicht übersehen werden, daß für einen Studenten in den Jahren vor der Währungsreform die schlechte Ernährungslage sicher nicht ohne Einfluß auf die körperliche Leistungsfähigkeit war, und daß das Verschwinden der Leistungsminderung, die in der Hauptsache zur Tonsillektomie Anlaß gab, zeitlich mit der Beendigung der Lebensmittelrationierung zusammenfiel. Bei der Patientin Nr. 89, die wegen einer Fokaltoxikose tonsillektomiert wurde, bestand eine hypophysäre Dysfunktion, die durch die Fokalsanierung nicht beeinflusst wurde. Die Erscheinungsformen einer vegetativen Dystonie, wie sie die Patientin Nr. 90 bietet, die besonders im Hinblick auf das Anfallsgeschehen als Manifestation einer seelischen Konfliktsituation aufzufassen sein dürften, blieben auch durch das "Erlebnis" Tonsillektomie unberührt. Der nächste Fall (Nr. 91), eine hypophysärdiencephale Störung, läßt schon an Hand der Vorgeschichte die wahrscheinliche Erfolglosigkeit der Fokalsanierung ahnen. Der Zustand der Patientin konnte später durch mehrmalige Hypophysenimplantationen ausreichend gebessert werden. Auch bei einer latenten postoperativen Tetanie (Nr. 92), bei der die Beschwerden jetzt nach AT 10 Gaben verschwunden sind, konnte die Tonsillektomie keinen Erfolg bringen. Der Fall Nr. 93, eine neurogene Tetanie, zeigt nach der Fokuseliminierung ebenfalls keine Besserung oder Heilung. Durch eine entsprechende seelische Führung dürfte dieses Krankheitsbild wahrscheinlich erfolgreicher zu beeinflussen sein. Die Bronchitis der Patientin Nr. 94, die gewiß damals schon durch die Mitralstenose bedingt war, konnte durch die Entfernung des angeblichen Herdes nicht geheilt werden, dagegen zog der Eingriff eine Pneumonie nach sich. Auch den nächsten Patienten (Nr. 95) konnte die Ausschälung der verdächtigen Tonsillen nicht von einer chronischen Bronchitis befreien, sodaß schließlich doch ein Berufswechsel erfolgen mußte. Dagegen verschwand das Magenleiden der Patientin Nr. 96 einige Zeit nach der Tonsillektomie und kam seit fünf Jahren nicht wieder. Im Falle Nr. 97 schuldigte man zuerst eine chronische Appendicitis und dann Zahngranulome als Ursache verschiedener abdomineller Beschwerden an, die mit großer Wahrscheinlichkeit durch die durchgemachte Ruhr zu erklären sind. Auch hier blieb der Herdbeseitigung der Erfolg versagt. Die anders gearteten abdominellen Beschwerden der Patientin Nr. 98, die vertebral bedingt sind, wur-

den durch die Gebißsanierung nicht beeinflusst, dagegen verschwanden sie jetzt nach Streckzug- und Bäderbehandlung. Bei der Patientin Nr. 99, deren heftiger Juckreiz eine Folge der chronischen Lebererkrankung ist, blieb die Extraktion sämtlicher Zähne ohne Einfluß auf das Leiden. Im Falle Nr. 100 konnten durch die Fokalsanierung die über der Norm liegenden Temperaturen, für die sich keine Erklärung finden ließ, nur für kurze Zeit beeinflusst werden.

C. Betrachtung der Ergebnisse mit Schlußfolgerung

Von unseren 100 Patienten sind, wie aus den vorliegenden Krankenblattauszügen zu entnehmen ist, 20 erfolgreich saniert worden, das heißt, sie wurden von ihrem Leiden vollständig befreit und es erfolgte kein Rezidiv. Bei den übrigen 80 blieben die Sanierungseingriffe ohne bleibenden Erfolg oder brachten sogar in einigen Fällen Verschlimmerungen und Komplikationen. Es besteht somit ein Verhältnis von 20% Erfolgen zu 80% Mißerfolgen. Den zeitlichen Abstand der einzelnen Sanierungsmaßnahmen (insgesamt 109) von der Befragung, sowie ihren Erfolg oder Mißerfolg, soll die nachfolgende Abbildung veranschaulichen.



Von den 109 Sanierungen liegen 56 innerhalb einer Zeit von 2 Jahren und 53 in dem Zeitraum 3 - 30 Jahre vor der Befragung. Obwohl im Nachbeobachtungszeitraum bis zu 2 Jahren mehr als die Hälfte der Sanierungen durchgeführt wurden, fand sich bei diesen nur 6 mal ein Erfolg. Die übrigen erfolgreichen Fokalsanierungen verteilen sich dagegen auf den Zeitraum von 3 - 30 Jahren. Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Krankheitsgruppen ergibt sich folgende Tabelle:

	Fälle	Erfolg	Mißerfolg
I. Herz- u. Kreislauf- erkrankungen	24	5	19
II. Nierenerkrankungen	10	3	7
III. Gelenkrheumatismus	23	7	16
IV. Gelenkleiden (degen.)	4	0	4
V. Ischias-Lumbago-Rheuma	18	2	16
VI. Cephalgie-Neuralgie- Migräne	5	1	4
VII. Verschiedene Erkrankungen	<u>16</u>	<u>2</u>	<u>14</u>
	100	20	80

Bei der Durchsicht der erhobenen Anamnesen fällt auf, daß sich unter den vorliegenden Erkrankungen, die zur Sanierung Anlaß gaben, eine ganze Anzahl findet, die man heute nicht mehr widerspruchslos unter die, von einem Fokus abhängigen, zählen darf. Es ist natürlich jetzt nicht leicht und wohl auch nicht immer richtig, aus den Angaben der Patienten, deren Erinnerungen oft recht lückenhaft sind, nachträglich feststellen zu wollen, ob die damalige Erkrankung durch einen streuenden Herd mitbedingt war oder nicht. Bemerkenswert ist jedenfalls die Tatsache, daß bei den Patienten, welche jetzt wegen der gleichen Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, die früher zur Sanierung Anlaß gegeben hatten, nach exakter Diagnosestellung in den allermeisten Fällen eine gezielte Therapie mit besserem Ergebnis getrieben werden konnte. Besonders deutlich ist dies bei den Krankheitsbildern, deren vertebrale Komponente erst in den letzten Jahren aufgedeckt wurde, sowie bei den endokrinen Störungen.

Betrachtet man die Erfolge hinsichtlich des vorgenommenen Eingriffs, so ergibt sich ein Überwiegen der Tonsillektomie (14)

gegenüber den übrigen Sanierungsmaßnahmen (6 erfolgreiche Zahn-sanierungen). Dabei fällt auf, daß in der Gruppe der Ischialgien und Lumbalgien die Tonsillektomie, sowohl als erfolgreicher Eingriff, als auch als Sanierungsmaßnahme, der Gebißsanierung weit-aus den Vorrang läßt. Ob das eine reine Zufälligkeit, oder ob andere Gründe, zum Beispiel das Lebensalter, eine Rolle spielen, kann an Hand der relativ wenigen Fälle nicht beurteilt werden.

Es sei auch nicht unerwähnt, daß bei allen Patienten, die geheilt wurden, dies ein einmaliger Eingriff erreichte, während mehrmalige Sanierungen, die meist mit einem Arztwechsel verbunden waren, in keinem Falle die Beschwerden zu beseitigen vermochten. Es mag das ein Hinweis dafür sein, daß der Erfolg der Fokalsanierung, wie auch jedes anderen therapeutischen Handelns, weitgehend von der exakten Stellung der Diagnose abhängig ist. Bei den Fokalerkrankungen schließt die Diagnosestellung aber auch die Bestimmung des "schuldigen" Herdes mit ein, was ungeheure Schwierigkeiten bereiten kann. Unsere ganzen katamnestischen Erhebungen zeigen, wie sehr es darauf ankommt, daß alle anamnestischen und diagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden müssen, ehe die Diagnose Fokalinfection gestellt werden kann, da sonst nicht mit einem Erfolg der sich aus der Diagnose ergebenden Therapie zu rechnen ist. Um dies darzulegen, sei nochmals auf einige Fälle besonders hingewiesen. So ist es bei dem Patienten Nr. 2, der schon in der Jugend häufig Anginen hatte und später nach einer Diphtherie erstmals Herzbeschwerden bekam, die sich nach freiem Intervall bei Mandelentzündungen stets verschlimmerten, nach Stellung der richtigen Diagnose und entsprechendem therapeutischen Eingriff, zu einer Heilung gekommen. Bei dem Patienten Nr. 5 dagegen, der wohl einen Mandelabszeß durchmachte, mußte doch die Tatsache, daß schon lange vor diesem Mandelabszeß in Verbindung mit Nacken- und Schulterschmerzen Herzbeschwerden aufgetreten waren, zu denken geben. Die Wiederkehr der Beschwerden läßt die Nutzlosigkeit der mehrmaligen Sanierung erkennen. Daß trotz häufiger Anginen die Tonsillen als Krankheitsherd nicht immer in Frage kommen, zeigt auch der Fall der Patientin Nr. 10, bei der die Herzbeschwerden mit Eintritt der Menopause begannen und jetzt durch entsprechende Hormongaben gut beeinflußt werden konnten, nachdem 2 Jahre vorher die Tonsillektomie ergebnislos geblieben war. Auch auf den Fall Nr. 21 sei nochmals aufmerksam gemacht, bei dem wegen Verdacht auf eine Endocarditis fokalsaniert wurde.

Erst nach Stellung der Diagnose Hyperthyreose konnte hier eine gezielte Therapie mit bestem Erfolg durchgeführt werden. Das Krankheitsbild der Patientin Nr. 16, das als fokalbedingtes Herzleiden galt und bei dem man erfolglos tonsillektomierte, sprach nach der Erkennung der Unterfunktion der Schilddrüse als Krankheitsursache gut auf die Substitutionsbehandlung an. Sehr eindrucksvoll ist auch die Leidensgeschichte des Patienten Nr. 33, der jahrelang für nierenkrank gehalten und deswegen auch erfolglos fokalsaniert wurde. Erst jetzt erkannte man die Wirbelsäule mit ihrer Bildungsanomalie und ihren Abnützungserscheinungen als die Ursache seiner Schmerzen und konnte nun durch entsprechende Maßnahmen helfen. Ebenso zeigt der Fall Nr. 32, wie nutzlos jeder therapeutische Eingriff ist, wenn die rechten Krankheitszusammenhänge nicht erkannt werden. So tonsillektomierte man diesen Patienten wegen einer Albuminurie, die sich später als eine rein orthostatische herausstellte. Auch der Fall der Patientin Nr. 86 zeigt, wie wichtig eine exakte Diagnosestellung ist, ehe man erfolglos angebliche Herde entfernt. Es wurde hier wegen Engegefühl und Druck auf der Brust zuerst die Tonsillektomie veranlaßt, dann ein Jahr später appendektomiert und noch später Gebißsanierungen durchgeführt. Aber erst nach Erkennung der rechten Ursache, - es handelte sich um eine Osteochondrose der gesamten Wirbelsäule - konnte nunmehr durch entsprechende Behandlung Beschwerdefreiheit erzielt werden. Bemerkenswert ist auch der Fall Nr. 91. Bei dieser Patientin wurden 20 Zähne ohne Wirkung extrahiert zur Beseitigung eines Krankheitsbildes, das später als hypophysär-diencephale Störung erkannt und nun erfolgreich mit Hypophysenimplantationen angegangen werden konnte. Bei der Patientin Nr. 94 wurde wegen eines hartnäckigen Hustens vor 12 Jahren die Tonsillektomie erfolglos durchgeführt. Bei Betrachtung des weiteren Krankheitsberichtes darf wohl mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß schon damals die später festgestellte Mitralstenose die Ursache des hartnäckigen Hustens war. Diese wenigen, aus der Vielzahl ähnlicher Beispiele herausgegriffenen Fälle zeigen deutlich, daß ohne exakte Diagnosestellung häufig bei Krankheitsbildern fokalsaniert wurde, die mit einem Herd nichts zu tun hatten. Dadurch wird natürlich das Gesamtergebnis bei der Erfolgsbeurteilung der Fokalsanierung sehr stark in negativem Sinne beeinflusst. Um das zu vermeiden, und um vor allem den heilungsuchenden Menschen immer die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, erscheint es unerläßlich, daß der Herdentfernung in jedem einzelnen

Fälle eine exakte Stellung der Diagnose vorausgeht und nicht Kranke einer Sanierung unterzogen werden, bei deren Leiden ein Fokus überhaupt keine oder eine nur unwesentliche Rolle spielt. Es soll an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen werden, daß der Fokus fast niemals der einzige Herd und die alleinige Ursache einer Fernerkrankung ist, sondern oft nur eine von meist vielen Bedingungen, welche das Krankheitsbild auslösen oder unterhalten. Weiterhin ist von außerordentlicher Wichtigkeit, daß bei der Sanierung, soll sie nicht nur als unspezifischer Reiz wirksam sein, auch der richtige Herd erfaßt wird. Ob die zur Erfassung des Herdes ausgearbeiteten zahlreichen Testmethoden das in sie gesetzte Vertrauen rechtfertigen werden, müssen spätere Untersuchungen zeigen.

Aus allem bisher Gesagten ergibt sich aber auch, daß das Ergebnis unserer katamnestischen Erhebungen bei 100 Fokalsanierungen, mit 20 % Erfolg und 80 % Mißerfolg, keinen absoluten Wert darstellen kann, da es an einigen notwendigen Voraussetzungen hierfür mangelt. So ist zunächst die Anzahl unserer Fälle eine relativ kleine. Einen weiteren Unsicherheitsfaktor bildet das Fehlen eines objektiven Befundes aus der Zeit vor der Sanierung bei den meisten Fällen; denn so wichtig für die Beurteilung eines Krankheitsbildes die vom Kranken selbst erhobene, ausführliche und ins einzelne gehende Anamnese ist, so fehlen ihr doch meist die objektiven Daten, die dann mit später gewonnenen vergleichbar sind. Gerade bei einem so komplexen Geschehen, wie es die Herderkrankungen darstellen, lassen sich nachträglich nicht mehr alle Tatsachen und Zusammenhänge mit der Sicherheit rekonstruieren, die notwendig ist, um eine gerechte Beurteilung zu gewährleisten. Diese Fehlerquelle kann durch eine möglichst objektive und umfassende Darstellung des Krankheitsbildes, sowie eine eingehende Verlaufsbeobachtung, die mindestens mit dem Tage des Sanierungseingriffes beginnen und sich über eine Reihe von Jahren erstrecken muß, auf ein Minimum herabgedrückt werden.

Desweiteren wurde bereits erwähnt, daß in vielen Fällen die Diagnose Fokalinfection mit größter Wahrscheinlichkeit zu Unrecht gestellt wurde und deshalb der "Sanierung" der Erfolg versagt blieb. Diese Tatsache läßt die Zahl der Mißerfolge natürlich stark ansteigen: denn mit der Heilung ist die Erkennung der wahren Krankheitsursache untrennbar verbunden.

Erst nach Beseitigung dieser Fehlerquellen sind wichtige Voraussetzungen für eine annähernd sichere Ergebniswertung der Fokal-

sanierung gegeben, bei der ein höherer Erfolg der Sanierungsmaßnahmen zu erwarten ist. Damit wird aber auch verhütet, daß durch mangelhafte Statistiken die Lehre von der Fokalinfection in Mißkredit gerät und man das Gute, das die Sanierung zu leisten im Stande ist, verkennt.

Deswegen sei zum Schluß dieser Ausführungen nochmals die von Parade so oft schon erhobene Forderung wiederholt, daß die Diagnose Fokalerkrankung und die Indikation zur Sanierung nicht an den Anfang des diagnostischen und therapeutischen Bemühens gestellt werden, sondern Endergebnisse desselben sein müssen.

D. Zusammenfassung.

Nach kurzem Hinweis auf die derzeitige Stellung des Fokus, der nicht mehr als der einzige Faktor gilt, sondern nur eine von zahlreichen Bedingungen ist, unter deren Zusammenwirken die Fokalinfection erst entstehen kann, werden die prozentualen Ergebnisse der Fokalsanierung verschiedener Untersucher aufgezeigt, wobei sich Erfolgsquoten von 10% bis 93% finden.

Diese erheblichen Unterschiede gaben Veranlassung, am Krankengut eines Allgemeinen Krankenhauses Erhebungen bei Fokalsanierten anzustellen. So wurden 100 Patienten, die sich einem Sanierungseingriff unterzogen hatten, eingehend hierüber befragt und, unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte und des derzeitigen Untersuchungsbefundes, eine Wertung jedes einzelnen Falles versucht.

Eine Gruppeneinteilung nach den jeweiligen Krankheitsbildern, die zur Sanierung Anlaß gaben, soll die Übersicht erleichtern.

Bei kritischer Betrachtung der so zusammengestellten Krankenblattauszüge finden sich unter den 100 Patienten 20, die durch einen Sanierungseingriff von ihrem Leiden geheilt worden sind. Dies entspricht einem Erfolg von 20%. Bei Durchsicht der einzelnen Krankengeschichten fällt auf, daß infolge einer Fehldiagnose oft eine Sanierung am ungeeigneten Objekt durchgeführt wurde und deswegen keine Heilung durch den Eingriff zu erzielen war: denn eine ganze Anzahl von Krankheitsbildern, bei denen man fokalsanierte, hatte mit einem Fokus sicherlich nichts zu tun. Diese zwangsläufigen Versager fallen natürlich zu Unrecht der Methode zur Last. Von großer Wichtigkeit für eine Erfolgsbeurteilung ist auch eine längere Nachbeobachtungszeit.

Aus der vorliegenden Zusammenstellung geht einwandfrei hervor, daß bei der Fokalsanierung viel bessere Ergebnisse erzielt werden können, wenn der Zusammenhang der jeweiligen Erkrankung mit einem Fokus vor der Sanierung mit allen Mitteln der Diagnostik und unter weitgehender Berücksichtigung der Anamnese wahrscheinlicher gemacht wird. Daß bei einer Reihe von Krankheiten ein Herd von ausschlaggebender Bedeutung ist, lassen die mitgeteilten Erfolge eindeutig erkennen. Bei gewissenhafter Erarbeitung der Diagnose und Berücksichtigung aller, in jedem einzelnen Falle wichtigen Daten, wird die Fokalsanierung günstigere Resultate zeitigen und dadurch von einem Mißkredit befreit, in den sie bei unkritischer Betrachtung verfallen könnte.

30. Höring Klinische Infektionslehre,
Springer Verlag 1948
31. Hübner Dtsch. Zahnärztl. Wschr. 1938, 28:655
32. Huneke F. Krankheit u. Heilung anders gesehen,
Köln - Krefeld 1947
33. Huneke F. Landarzt 1950, 26:398
34. Jaenisch Dtsch. med. Wschr. 1931 : 2011
35. Kapuste Inaug.Diss., Breslau 1938
36. Kissling zit. b. Brück
37. Klees u. Proell zit. b. Fischer H.
38. Klunker zit. b. Brück
39. Knüchel Dtsch. med. Wschr. 1939, 13:493
40. Koch Dtsch. zahnärztl. Wschr. 1938, 40:961
41. Kotyza zit. b. Brück
42. Kreuser Inaug. Diss., Innsbruck 1944
43. Kuhlendahl u.
Kunert Die Medizinische 1954, 3:102
44. Kuhlmann Med. Klin. 1954, 3:105
45. Kuhlmann Med. Klin. 1954, 11:393
46. Leiber Med. Klin. 1949, 25:797
47. Loos Klin. Wschr. 1922 : 1464
48. Ludwig Med. Klin. 1954, 2:69
49. Memmesheimer Zahnärztl. Rdsch. 1936, 38:1657
50. Meythaler u.
Gebhardt Ärztl. Forsch. 1950, 14 u. 15
51. Miehle Ärztl. Praxis 1954 : 29
52. Mittermaier Med. Klin. 1950, 18:553
53. Morawitz u.
Schoen Klin. Wschr. 1930 : 629
54. Morgenroth Dtsch. zahnärztl. Wschr. 1937, 6:119
55. Morgenstern zit. b. Herrmann M.
56. Müller H. Med. Klin. 1953, 34:1206
57. Müller R. zit. b. Fischer H.
58. Nager Schweiz. med. Wschr. 1933 : 1195
59. Parade Münch. med. Wschr. 1937, 2:1971
60. Parade Bruns' Beitr. 1937 : 156
61. Parade Z. klin. Med. 1938 : 395
62. Parade Med. Klin. 1939, 1:269
63. Parade Z. Stomatologie 1942, 2:33
64. Parade Herdinfekt u. Auge 1950, 20
65. Parade Hippokrates 1950, 4:97

66. Parade Dtsch. zahnärztl. Zschr. 1954, 8:434
67. Parade Neue med. Welt 1950, 14
68. Parade Wiener med. Wschr. 1953, 51/52
69. Pässler Verh. Kongr. inn. Med. 1909 : 321
70. Payr Münch. med. Wschr. 1928 : 285
71. Peper Technik der Chiropraktik, Karl Haug Verlag, Saulgau 1953
72. Reinwein zit. b. Brück
73. Reischauer Untersuchungen über den lumbalen und cervicalen Bandscheibenvorfall, Verlag Thieme, Stuttgart 1949
74. Reuter zit. b. Brück
75. Rikl Z. Rheumaforschung 1938, 12:553
76. Rosenow zit. b. Herrmann
77. Rothenspieler Z. Rheumaforschung 1939, 1:22
78. Ruppert Dtsch. Archiv f. klin. Medizin 1939 2:200
79. Schmidt, W. zit. b. Brück
80. Schoen zit. b. Brück
81. v. Schubert Z. Geburtshilfe u. Gynaekol. 1953, 1
82. Siegmund Dtsch. med. Wschr. 1948 : 357
83. Slauk Dtsch. med. Wschr. 1948 : 357
84. Slauk Hippokrates 1950, 15/16 : 435
85. Steigerwald u.
Maurer Med. Mschr. 1954, 9
86. Stolkind zit. b. Brück
87. Uffenrode zit. b. Brück
88. Veil Fokalininfektion und Bedeutung des Herdinfekts für die menschliche Pathologie, Verlag G. Fischer, Jena 1942
89. Vogel Hippokrates 1939, 23 : 606
90. Voit Med. Klin. 1954, 1 : 11
91. Voss Med. Welt 1940, : 248
92. Wannenmacher Die Beurteilung der dentogenen Herdinfektion und der Wurzelbehandlung J. A. Barth, Leipzig 1949
93. Watrin Med. Klin. 1954, 44 : 1764
94. Westhues Med. Klin. 1953, 2 : 33
95. Wilde Dtsch. Gesundheitswesen 1950, 39:1238
96. Wollen Inaug. Diss., Breslau 1935
97. Wuhrmann u.
Frech Schweiz. med. Wschr. 1949, 43:1023

98. Wünsche
99. Zabel
100. Zange
101. Zukschwerdt

Med. Klin. 1949, 25 : 800
zit. b. Brück
zit. b. Brück
Neuralmedizin 1953, 1:10

Am Schlusse meiner Arbeit möchte ich Herrn
Professor Dr. med. G. W. P a r a d e für
die Überlassung des Themas, sowie für Hin-
weise und Ratschläge den aufrichtigsten
Dank sagen.

Für die Übernahme des Referates der vorliegen-
den Arbeit spreche ich Herrn Professor Dr. med.
K. V o i t meinen herzlichsten Dank aus.

Lebenslauf

Am 18.1.1920 wurde ich, Ludwig H e n r i c h , als 7. von 9 Kindern des damaligen Volksschullehrers Michael H e n r i c h und seiner Ehefrau Franziska geb. Mayer in Deidesheim/Rheinpfalz geboren.

Nach dem Besuch der Volksschule trat ich in das hum. Gymnasium in Neustadt a.d. Haardt ein und später in das hum. Gymnasium in Landau/Pfalz über, an dem ich im Frühjahr 1940 die Reifeprüfung ablegte. Mein medizinisches Studium begann ich im September 1940 an der Universität Heidelberg, wo ich auch nach zweijähriger Unterbrechung durch Einberufung zur Wehrmacht im Wintersemester 1942/43 mein Studium bis nach Ablegung der ärztlichen Vorprüfung im September 1944 fortsetzen konnte. Erneuter Wehrmachtseinsatz unterbrach mein Studium abermals. Nach Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft setzte ich mit dem Sommersemester 1946 mein medizinisches Studium zunächst an der Universität Freiburg im Brsg. und ab Wintersemester 1946/47 an der Universität Mainz fort, wo ich 1949 das medizinische Staatsexamen ablegte. Von 1950 bis 1955 war ich im Städtischen Krankenhaus Neustadt/Weinstraße vorwiegend auf der Inneren Abteilung unter Herrn Prof. Dr. med. Parade tätig. Seit 1955 arbeite ich im Rheumasanatorium "Sonnenwende" der Landesversicherungsanstalt Rheinland/Pfalz in Bad-Dürkheim.

